

M. CHNÉERSON

ANC. EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

ANC. INTERNE

DE L'HOPITAL ROTHSCHILD

15

L'HYPOPHYSE

EN

OBSTÉTRIQUE

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, RUE CASIMIR-DELAVIGNÉ ET 12, RUE MONSIEUR LE-PRINCE
(anciennement 36, rue Serpente)

1917

15

M. CHNEERSON

ANC. EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

ANC. INTERNE

DE L'HOPITAL ROTHSCHILD

L'HYPOPHYSE

EN

OBSTÉTRIQUE



PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, RUE CASIMIR-DELAVIGNÉ ET 12, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE
(anciennement 36, rue Serpente)

1917

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DOYEN : M. ROGER

PROFESSEURS :

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	N.
Pathologie chirurgicale	TEISSIER
Anatomie pathologique	LEJARS
Histologie	LETULLE
Opérations et appareils	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	N.
Thérapeutique	POUCHET
Hygiène	N.
Médecine légale	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE
Maladies des enfants	WIDAL
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	GILBERT
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	CHAUFFARD
Clinique des maladies du système nerveux	HUTINEL
Clinique chirurgicale	N.
Clinique ophtalmologique	GAUCHER
Clinique des maladies des voies urinaires	P. MARIE
Clinique d'accouchements	DELBET
Clinique gynécologique	QUENU
Clinique chirurgicale infantile	N.
Clinique thérapeutique	HARTMANN
Hygiène et Clinique de la 1 ^{re} enfance	De LAPERSONNE
Anatomie topographique	LEGUEU
	BAR
	COUVELAIRE
	RIBEMONT-DESSAIGNE
	POZZI
	KIRMISSON
	ALBERT ROBIN
	MARFAN
	AUGUSTE BROCA

MM.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

ALGLAVE	GUENIOT	LERI	RICHAUD
BERNARD	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	JOUSSET (A.)	MOCQUOT.	SAUVAGE
CAMUS	LABBE (H.)	MULON	SCHWARTZ
CASFAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CHAMPY	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHEVASSU	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
DESMAREST	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
GOUGEROT	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GREGOIRE	LEQUEUX	REITTERER	ZIMMERN
	LEREBOULET	RIBIERRE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT de thèse

M. le Professeur BAR

*En reconnaissance de l'honneur qu'il nous a fait
en acceptant la présidence de cette thèse.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Externat :

1911-12 D^r GANDY

1912-13 D^r BRUHL

qui fut pour nous d'une inoubliable bienveillance

Internat : (Hôpital Rothschild)

1913-14 D^r ZADOC-KAHN

avec nos vifs remerciements pour tout ce que nous
avons appris dans son service

1914-17 (Maternité)

D^r SCHWAB

à qui nous devons le sujet de cette thèse et qui nous
a toujours guidée de ses bienveillants conseils

MM. les Professeurs PINARD, KIRMISSON
MM. REYNIER, CHIFOLIAU, LEGENDRE, LAUNOIS,
SAVARIAUD, BENSAUDE, MATHIEU, LEMIERRE,
DARIER, de BEURMANN, TISSIER

MM. les D^{rs} LASKINE, REBLAUD, PEREIRE

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MES FRÈRES ET A MES SŒURS

A MA SŒUR, A. CHNEERSON.

A Mlle F. TUBIN



DE L'EXTRAIT
DU
LOBE POSTÉRIEUR DE L'HYPOPHYSE
EN OBSTÉTRIQUE

INTRODUCTION

Il existe dans la pratique obstétricale de nombreuses circonstances dans lesquelles il peut être indiqué, soit dans l'intérêt de la mère, soit dans celui du fœtus, d'accélérer le travail de l'accouchement, en réveillant ou en renforçant les contractions utérines défailantes.

Les moyens que l'on a préconisés dans ce but sont nombreux, mais ils ne sont pas tous également efficaces. Les procédés simples, tels que le massage de l'utérus, les injections vaginales chaudes, les grands bains chauds prolongés, sont, le plus souvent, insuffisants pour lutter contre l'inertie utérine prononcée. Les moyens mécaniques, dont l'action porte sur le col de l'utérus sont de beaucoup les plus usités et les plus sûrs; ils comportent l'emploi de l'écarteur de Tarnier, des ballons, de la dilatation manuelle, etc..., mais ils nécessitent une instrumentation spéciale, exigent un opérateur rompu à la pratique des accouchements et de plus, ils peuvent n'être pas sans danger pour la

mère, pour peu que les précautions antiseptiques prises soient insuffisantes ou que l'opération soit mal conduite.

On comprend donc que les accoucheurs aient cherché, depuis fort longtemps, à remplacer, dans le traitement de l'inertie utérine, les petits moyens inefficaces et les procédés mécaniques compliqués, par un médicament capable d'agir sur la contractilité de l'utérus gravide. De cette façon tout praticien aurait entre les mains un moyen d'action facile, combinable au besoin avec les autres procédés, à condition toutefois que ce médicament, dit « ocytocique » ne présente, bien entendu, aucun inconvénient ni pour la mère, ni pour l'enfant.

On croyait avoir trouvé cette panacée dans l'ergot de seigle dont on a tant usé et abusé autrefois. Les accoucheurs ont, à juste titre, abandonné l'emploi de cette substance au cours de l'accouchement même, car elle produit de la tétanisation de l'utérus et de la contracture du col, si bien qu'on la réserve, actuellement, au traitement de l'inertie utérine du post-partum, c'est-à-dire quand l'utérus est vide. A cette condition d'un emploi opportun, l'ergot de seigle, ou plus exactement, son agent actif, l'ergotine, constitue le médicament le plus efficace que nous possédions pour stimuler la fibre musculaire utérine.

Plus récemment, on a préconisé, dans le même but, le sulfate de quinine. Ce sel, dans nombre de cas, a une action très réelle, souvent même énergique, sur la contraction utérine et, à l'inverse de l'ergot de seigle, il conserve aux contractions de l'utérus leur rythme régulier et leur périodicité. On peut donc, sans danger, l'employer pendant le travail; malheureusement ses résultats ne sont pas constants.

A côté du sulfate de quinine, comme agent ocytocique, il faut placer le sucre dont quelques auteurs ont vanté les bons effets.

En réalité, il n'existe point jusqu'à ce jour un seul procédé, une seule méthode, un seul médicament capable, dans tous les cas et d'une façon certaine, d'accélérer la dilatation du col. Tous les accoucheurs ont vu, dans des accouchements lents, échouer successivement toute la série des moyens qu'ils avaient essayés : injections, bains chauds, écarteur de Tarnier, ballon, quinine, sucre, etc.. tant la contraction de l'utérus gravide est chose capricieuse dans sa marche et dans ses effets.

Cependant, au cours de ces dernières années, de nombreux auteurs ont prôné une nouvelle substance comme étant capable de stimuler avantageusement la contraction utérine au cours de l'accouchement : c'est l'extrait hypophysaire ou plus exactement l'extrait du lobe postérieur de la glande pituitaire. On admet généralement qu'il constitue un agent ocytocique précieux, parfois très efficace, en tous cas inoffensif.

Nous avons, à la Maternité de l'Hôpital Rothschild, soumis ce médicament à une expérimentation méthodique, tant au point de vue de ses résultats obstétricaux qu'à celui de son mode d'emploi. Nous avons eu recours à différents extraits hypophysaires dont nous avons pu comparer l'action ocytocique, dans les diverses circonstances où cette médication était indiquée.

C'est l'exposé de nos observations personnelles avec les conclusions que nous croyons pouvoir en tirer, qui constitue le sujet du présent travail.

Après avoir jeté un coup d'œil sur l'historique de la médication hypophysaire en obstétrique et noté la genèse expérimentale qui a conduit à son emploi en clinique, nous exposerons dans des chapitres successifs, dans quelles conditions et suivant quelles indications on peut employer ce médicament : *pour hâter le travail*, à la phase de dilatation ou au cours de l'expulsion; *pour provoquer le travail* lorsqu'il tarde à se

produire; *pour hâter la délivrance* et combattre l'inertie utérine dans le post-partum; enfin nous l'envisagerons aussi dans le traitement de l'avortement et dans celui de la rétention d'urine. Après avoir indiqué ensuite les inconvénients et les dangers qu'on a cru pouvoir imputer à l'extrait hypophysaire, nous dirons de quelle façon il faut employer ce médicament, et nous essaierons de résumer dans des conclusions les résultats essentiels de notre expérimentation thérapeutique.

CHAPITRE I

HISTORIQUE

Dans une première période qui va de Horsley, (le premier qui ait tenté, en 1882, l'extirpation de l'hypophyse) jusqu'en 1909, les recherches de Vassale, de Sacchi, de de Cyon, d'Olivier et Schœffer, de Schœffer et Vincent, de Howell, de Garnier et Thaon, d'Etienne et Parisot, de Rénon et Delille, de Salvioli et Carraro, de Hallion et Carrion, etc., ont dégagé un certain nombre de fonctions et de propriétés de la pituitaire. Son action la plus manifeste a été reconnue comme ayant trait au système cardio-vasculaire. On peut la résumer de la manière suivante : augmentation de la pression artérielle, ralentissement du pouls, renforcement de la contraction cardiaque.

Cette action circulatoire de l'hypophyse s'exerce donc à la fois sur les parois vasculaires, sur le myocarde et sur les centres nerveux cardio-vasculaires. Pal et Bouin ont même montré que l'extrait hypophysaire influence directement les fibres musculaires lisses des vaisseaux et Cramer, en 1908, a pu constater qu'il provoque une dilatation pupillaire sur l'œil énucléé de la grenouille, grâce à la contraction des fibres radiées de l'iris.

D'autre part, certains auteurs avaient réussi à montrer la différence qui, au point de vue des propriétés physiologiques, sépare le lobe antérieur, d'origine ectodermique, du lobe postérieur de la glande, de provenance ventriculaire.

Ces deux constatations essentielles : action de l'hypophyse sur les fibres musculaires lisses, et différenciation anatomo-physiologique des deux lobes, furent l'amorce des travaux, plus importants pour nous, qui concernent l'action de la pituitaire sur les fibres lisses des viscères abdominaux et de l'utérus en particulier.

Cette seconde période, que l'on pourrait appeler « période obstétricale » dans l'histoire de l'hypophyse, commence en 1909 avec le travail de Dale qui montre nettement l'action de l'extrait de lobe postérieur de l'hypophyse sur les fibres musculaires utérines. Bell, la même année, emploie le même extrait dans deux cas d'opération césarienne et dans un cas de placenta prævia. Mais il en fait usage surtout dans un but hémostatique et ne fait qu'entrevoir le parti que l'on pourrait tirer de la substance active hypophysaire au point de vue de son action sur le muscle utérin. Pourtant, au cours de ses deux césariennes abdominales, il avait pu voir se produire les contractions utérines et la vaso-contraction du muscle utérin. Il faut néanmoins reconnaître que, dans l'inertie post-partum, Bell recommande l'usage de l'hypophyse qui, dans trois cas, lui a rendu de signalés services. A ce point de vue, il semble que ce soit Bell qui, le premier, a appliqué en clinique les constatations expérimentales sur lesquelles est fondée cette méthode. A peu près en même temps que lui, Franck-Hochwart et Frœlich vérifient sur une anse intestinale isolée les propriétés excitatives de l'hypophyse (lobe postérieur) sur la tunique musculaire lisse et ils émettent l'idée que cette substance pourrait être mise à profit dans les accouchements difficiles pour favoriser les contractions utérines.

Mais, à vrai dire, c'est à partir du travail de Hofbauer, en 1911, que la thérapeutique hypophysaire de l'inertie utérine s'est répandue chez les accoucheurs. Cet auteur ayant montré tout le bénéfice ocytocique

qu'il avait retiré de cette médication, la méthode se diffusa rapidement en Allemagne, puis en Angleterre et en France. Les travaux de Foges et Hofstøtter, de Stern, de Studeny, de Richter, de Schiffmann, Gottfried, Fries, etc., confirmèrent les conclusions de Hofbauer, dans le courant de la même année.

Parisot et Spire, par contre, n'obtinrent que des résultats médiocres; en employant, il est vrai, des extraits totaux d'hypophyse qui sont, en effet, moins actifs que l'extrait de lobe postérieur seul. Puis vinrent les observations de Pouliot et Vayssières, de Fabre et Rhenter, de Commandeur et Devin, de Flateau, de Jøger, de Benthin, de Freund, de Grünbaum, de Zuloaga, de Siguret, de Bar, etc., que nous retrouverons chemin faisant et qui aboutirent à deux travaux d'ensemble, parus en 1912, la thèse de Vayssières (Paris) et celle de Devin (Lyon).

Ces deux auteurs ont fait un historique très complet de la question; nous n'en rappellerons donc que les grandes lignes.

Leur expérimentation clinique leur a permis de préciser certains des résultats que l'hypophyse donne au cours de l'accouchement et des suites de couches, et de formuler ses principales indications obstétricales.

Depuis, d'autres observations ont été publiées, par Siguret, par Lequeux, par Metzger, etc., si bien qu'à l'heure actuelle, il est admis que l'hypophyse possède une action ocytotique indéniable dont les indications et les modalités se précisent chaque jour.

Notre travail confrontera nos résultats avec ceux des auteurs précédents, et nous conduira à apprécier comparativement quelques uns des divers extraits hypophysaires qui existent maintenant et dont l'action et le mode d'emploi ne sont certainement pas identiques.

CHAPITRE II

PHYSIOLOGIE DE LA GLANDE PITUITAIRE

Recherches expérimentales sur l'action de l'extrait hypophysaire.

L'hypophyse, logée dans la selle turcique, séparée des lobes cérébraux par le septum fibreux auquel on a donné le nom de « tente de l'hypophyse » et à travers lequel passe la tige pituitaire (qui assure la continuité de la substance grise entre l'encéphale et elle), est une glande à sécrétion interne. Elle paraît résulter de la coalescence de deux organes très différents : l'un, qui forme le lobe antérieur de l'hypophyse, provient d'un diverticule pharyngien et présente une structure glandulaire très nette; l'autre, qui constitue le lobe postérieur, dérive du cerveau intermédiaire et contient uniquement des éléments névrogliques, des fibres nerveuses et du tissu conjonctif. Il ne semble pas qu'il renferme de cellules nerveuses et, contrairement au lobe antérieur, il est pauvre en capillaires sanguins.

Il est difficile de se représenter *a priori* à quoi peut être destiné ce curieux assemblage d'une glande vasculaire sanguine avec un petit bloc de tissu nerveux, et, en fait, la lumière n'est pas encore complète sur le point de savoir le rôle séparé et réciproque de ces éléments constitutifs d'apparence si hétérogène. Les auteurs ne sont point d'accord non plus sur la nature des substances élaborées par l'hypophyse, ni sur leur origine cellulaire. En dépit de l'opinion contraire de

Benda, de Gemelli, il semble bien que la matière colloïde que l'on voit dans les vésicules, dans les vaisseaux et dans les cordons cellulaires, soit le produit normal de sécrétion de l'hypophyse, mais d'autre part, l'activité physiologique du lobe postérieur n'est pas douteuse, ce qui conduit à penser avec Ch. Livon que l'excrétion peut, peut-être, se faire non seulement par voie sanguine, mais aussi par voie nerveuse.

Il y a là entre les constatations histologiques et les résultats physiologiques une contradiction qui appelle de nouvelles recherches.

Quoi qu'il en soit, on a constaté que l'hypophyse, dont Marie a montré le rôle important dans la genèse de l'acromégalie et du gigantisme, subit d'importantes modifications pendant la grossesse. (Comte, Guerrini, Launois, Thaon, Cagnetto, Erdheim et Stumme). Elle s'hypertrophie et présente un hyperfonctionnement manifeste qui se continue pendant l'allaitement, jusqu'aux environs du septième mois, mais qui cesse à l'accouchement lorsque la femme n'allait pas. Cette hypertrophie se reproduit à chaque grossesse successive, si bien que c'est tout naturellement chez les multipares que l'on trouve les plus grosses glandes pituitaires. Cette constatation permet de concevoir les relations qui existent entre la gestation, l'accouchement (peut-être aussi la lactation) et la sécrétion hypophysaire. Elles conduisent à se demander si les propriétés thérapeutiques de la médication hypophysaire que nous allons étudier, ne sont pas le résultat de la compensation d'une insuffisance glandulaire qui se produirait chez certaines femmes au moment de la parturition?...

Les recherches expérimentales des nombreux auteurs qui se sont occupés de déterminer le rôle physiologique de l'hypophyse ont abouti à accorder à cet organe un certain nombre de fonctions assez différentes les unes des autres et à préciser l'origine lobaire de chacune d'entre elles.

On peut résumer leurs conclusions de la manière suivante :

I. — ACTION CARDIO-VASCULAIRE DE L'HYPOPHYSE.

Hypertension. — L'extrait hypophysaire injecté dans les veines provoque une hypertension artérielle remarquable (Olivier et Schœffer, 1895):

Cette hypertension est le fait du lobe postérieur seul (Howell). Il se produit d'abord une baisse de pression légère et passagère à laquelle fait suite une augmentation notable de la tension (Hallion et Carrion, Salvioi et Carraro, Hedbom, etc.). L'hypertension ainsi obtenue dure quelquefois plus d'une demi-heure (Houghton et Merrill), elle est en moyenne de 15 à 20 millimètres de mercure (Klotz), mais, chose curieuse, elle est l'apanage de la première injection d'extrait pituitaire, les injections consécutives ne la produisent plus. (Howell).

L'hypertension d'origine hypophysaire est très différente de celle que détermine la substance active des capsules surrénales. L'adrénaline provoque une hypertension plus intense, mais plus fugace (elle ne dure en général qu'une minute ou deux), elle dilate les coronaires que l'hypophysine contracte, etc.... Malgré l'identité de l'action de ces deux produits sur la pupille (mydriase), sur les artères carotides, mésentériques et fémorales (contraction) il y a donc lieu d'admettre une différence de nature entre elles, différence que les réactifs chimiques mettent mieux encore en relief (Borchardt). L'hypophyse ne provoque pas d'artério-sclérose (Etienne et Parisot).

Cette hypertension paraît résulter de l'action vasoconstrictrice générale que produit l'extrait hypophysaire. Il semble, d'ailleurs, que pour certains organes du moins, il se produise une phase préalable de vasodilatation; c'est ce qui expliquerait en particulier la diurèse que l'on constate avec la médication hypophy-

saire (Maguno, A. Schœffer et Hœring, Falta, Pal, Etienne et Parisot, Rénon et Dclille.)

L'influence vaso-motrice de l'hypophyse semble résulter d'une action directe sur les parois vasculaires. Elle se produit en effet même après section des pneumogastriques (Silvestrini, Schœffer et Vincent) et c'est la conclusion à laquelle ont également abouti Hedbom, Herring, Salvioli et Carraro, de Cyon. Les centres vaso-moteurs n'interviendraient donc pas ou seulement dans une très faible mesure.

Hypotension. — L'expérimentation séparée des deux lobes antérieur et postérieur de la pituitaire a permis de mettre en évidence l'existence d'une substance douée d'un pouvoir hypotensif, dans le lobe antérieur. (Falta et Ievocic). Au point de vue circulaire les deux lobes sont antagonistes. Cette hypotensine a une action assez puissante pour provoquer expérimentalement une chute à 0 de la tension artérielle; l'injection de lobe postérieur pratiquée à ce moment-là, fait remonter la pression à un taux normal; l'injection de lobe antérieur pratiquée à ce moment-là, fait remonter la pression à un taux normal (Falta). M. Dunan, grâce à des différences de solubilité, dans différents solvants, a même isolé deux hypotensines.

Ces constatations permettent de comprendre l'irrégularité des résultats obtenus par les premiers auteurs qui faisaient usage d'extraits totaux de glande pituitaire et d'éliminer pour l'usage thérapeutique les parties de la glande qui ont un rôle inutile ou antagoniste.

En réalité, le lobe antérieur n'a qu'une action tout à fait accessoire, ce qui domine toute l'histoire physiologique de l'hypophyse, c'est le lobe postérieur.

Action cardio-tonique. — Le myocarde participe à l'action du lobe postérieur de l'hypophyse. En même temps que se produit la vaso-constriction générale et l'hypertension consécutive, on constate un renforce-

ment très marqué des systoles cardiaques et un ralentissement des battements.

Cette action cardio-tonique semble être, elle aussi, due à l'influence directe de l'hypophyse sur la fibre myocardique, car elle se produit également sur le cœur isolé. (Hedbom, Allen, Cleghom).

II. — ACTION DE L'HYPOPHYSE SUR LA NUTRITION.

Métabolisme général. — Les auteurs ne sont pas d'accord sur ce point et il semble que leurs divergences tiennent surtout à ce fait qu'ils n'ont pas expérimenté avec des extraits comparables entre eux.

Thomson et Johnston constatent une stimulation du métabolisme qui se traduit par une augmentation de l'azote, de l'urée, des phosphates et par la diurèse.

Oswald n'aurait, au contraire, trouvé aucune modification de l'élimination de l'azote et du phosphore. John Malcom conclut comme Thomson, à une légère rétention azotée.

M. Dunan admet que l'extrait hypophysaire détermine une certaine rétention d'azote, tout en élevant la toxicité des urines.

Synergies inter-glandulaires. — On a remarqué expérimentalement que toutes les fois qu'une ou plusieurs glandes endocrines étaient supprimées, l'hypophyse s'hypertrophiait par compensation.

D'autre part, l'injection d'extrait hypophysaire de lobe postérieur est un puissant stimulant de la surrénale et de l'hypophyse elle-même. Le corps thyroïde, au contraire, serait mis par lui en état d'infériorité et cela s'explique puisque Hallion et Carrion ont montré l'action vasomotrice spéciale de cet extrait sur la thyroïde.

Par contre le lobe antérieur de la pituitaire aurait une influence toute différente : il stimulerait le corps thyroïde et l'hypophyse, mais serait à peu près sans action sur la surrénale.

Ces faits qui résultent de la longue série de travaux de Guerrini, de Rénon et Delille, de Caselli, d'Hallion, d'Alquier, de Lucien et Parisot, de Boinet, de Fichera, etc., sont ici résumés sous une forme schématique; ils sont en réalité plus complexes et l'on sait l'étroite synergie qui relie entre elles les glandes endocrines de l'organisme.

Glycosurie provoquée. — Borchardt a signalé l'apparition de la glycosurie chez les lapins soumis au traitement hypophysaire. Dunan l'a constatée également, mais d'autres auteurs n'ont pu l'obtenir.

Chez l'homme, la glycosurie serait très fréquente à la suite du traitement hypophysaire (Claude et Beaudoin). Elle est d'ailleurs passagère (3 ou 4 jours) et n'a jamais entraîné d'inconvénients.

D'après Dunan, c'est l'hypertensine qui serait glycogénique; les deux hypotensines qu'il a décrites n'ayant aucune action de ce genre.

Le mécanisme de cette glycosurie n'est pas encore élucidé.

Sang. — E. Weil a signalé l'influence exercée par l'hypophyse sur la coagulabilité du sang. D'après lui, le lobe postérieur augmenterait la coagulabilité; le lobe antérieur la diminuerait.

Cette observation a un intérêt pratique en obstétrique, puisque, comme nous le verrons, on y fait usage d'extraits du lobe postérieur de l'hypophyse dont l'action coagulante s'ajoute à ses propriétés hémostatiques.

Croissance. — On n'a pas pu jusqu'ici provoquer expérimentalement par l'ablation de l'hypophyse ou par l'emploi des extraits, de déformations acromégali-ques.

Néanmoins Cerlotti a observé un retard dans le développement (poids et squelette) à la suite de l'absorption d'extraits hypophysaires.

Par contre Hertoghe, Comte ont constaté l'augmentation de l'hypophyse dans le myxoédème et le crétinisme. Launois l'a vue aussi dans l'acromégalie et le gigantisme, si bien que malgré les constatations contraires de Schonemann et de Coulon, il semble qu'il y ait lieu d'admettre que l'hypophyse exerce une influence dans la croissance et dans l'harmonie générale du développement; seulement cette influence n'est pas encore exactement précisée.

III. — ACTION DE L'HYPOPHYSE SUR LES MUSCLES.

L'hypophyse exerce une action générale tonique sur le tissu musculaire. On a constaté cliniquement que ses extraits déterminent une augmentation de la force musculaire, surtout nette lorsqu'on a affaire à des organismes fatigués.

Mais ce qu'il y a de particulier et qui nous intéresse le plus au point de vue obstétrical, c'est l'action élective de l'hypophyse *sur la fibre musculaire lisse*.

On la vit d'abord se manifester directement sur des segments d'artère (Pal et Boris), sur les fibres radiées de l'iris d'un œil énucléé (Cramer). puis Dale (1909) la produisit expérimentalement sur l'utérus des animaux (lapine, chatte, chienne). Frankl Hochwart et Frœhlich, en employant le lobe postérieur, confirmèrent ces conclusions et les étendirent à la vessie; enfin les expérimentations de Parisot et Lucien (1910) décidèrent de l'adoption de l'hypophyse en thérapeutique obstétricale.

On peut résumer les conclusions de ces auteurs dans les propositions suivantes :

L'extrait de lobe postérieur d'hypophyse provoque des contractions au niveau de l'intestin, de la vessie et surtout de l'utérus.

On voit se produire sous son influence à la surface de l'utérus, des ondes de contraction, des fibrillations

qui partent de l'extrémité abdominale de la trompe utérine et se dirigent de haut en bas vers le col utérin où elles s'épuisent.

Ces phénomènes contractiles s'observent dans presque tous les cas, mais ils sont beaucoup plus marqués, beaucoup plus constants, lorsqu'on a affaire à un utérus gravide.

La première injection exercerait une action beaucoup plus intense que les injections ultérieures (Franckl Hochwart et Fröhlich).

Cette action sur la fibre lisse de l'utérus serait directe, car elle se produit également sur l'utérus isolé de l'animal (Houssay, Ibañez Puiggari, Mlle Ferrari).

On conçoit toute l'importance de ces faits expérimentaux qui ont conduit à l'emploi de la médication hypophysaire en obstétrique.

IV. — NATURE BIO-CHIMIQUE DE L'HYPOPHYSE ET DE SA SÉCRÉTION

Elle est encore assez incomplètement connue.

John Malcom indique les dosages suivants :

	<u>Lobe antérieur</u>	<u>Lobe postérieur</u>
Eau.....	77	85 p. 100
Azote.....	13,3	12,3 »
Phosphore.....	0,12	0,8 »
Calcium.....	0,123 (pour la glande totale)	

On aurait trouvé dans l'hypophyse de l'iode, sous une forme analogue à l'iodothyline, de l'arsenic (Gautier) du brôme et du phosphore (Paderi). Le phosphore paraît être pour de Cyon l'élément essentiel; le principe actif de la pituitaire serait une phosphohypophysine.

Meyers et Aller admettent que l'hypophyse contient une substance voisine de l'adrénaline. Nous avons vu

les différences physiologiques et chimiques qui séparent l'hypophysine de l'adrénaline et qui ne sont pas en faveur de cette opinion.

Quant à la nature bio-chimique de la sécrétion hypophysaire, elle a donné lieu à de nombreuses recherches.

D'une manière générale on sait que les principes actifs sont thermostabiles (100°), dialysables, résistants aux agents réducteurs et généralement insolubles dans l'éther et l'alcool.

Avec l'eau pure ou l'eau salée on peut séparer trois substances qui se distinguent par leurs solubilités et leur action physiologique :

Substance I. — Soluble dans l'eau salée, insoluble dans l'alcool et l'éther et qui est hypertensive, vasoconstrictive et bradycardique.

Substance II. — Soluble dans l'eau, insoluble dans alcool et éther, diurétique.

Substance III. — Soluble dans l'eau salée, dans l'alcool, dans l'éther et qui est hypotensive, tachycardique. Son action est comparable par conséquent à celle de la choline, avec cette différence toutefois qu'elle n'est pas entravée par l'atropine.

Ces trois substances, isolées par Schœffer et Vincent, Osborne, de Cyon, Magnus sont thermostabiles et dialysables.

On a même été plus loin dans cette voie. Turner d'abord, puis Houssay (de Buenos-Ayres) par des méthodes différentes sont parvenus à isoler une base active dans le corps pituitaire et à en faire un sel. Mais il semble que les manipulations dans lesquelles se résument leur technique ne les conduit encore qu'à un principe assez impur et d'une activité diminuée.

En France, Beaudoin, Bouin et Ancel ont fait connaître diverses méthodes qui permettent d'isoler la

base hypophysaire à l'état pur, tout en lui conservant son activité et surtout, (ce fait est capital), son activité en milieu liquide.

On obtient ainsi un corps chimiquement défini, tout à fait stable et d'une activité toujours égale, ce qui n'est pas le fait des extraits ordinaires, contenant des matières albuminoïdes.

V. — TOXICITÉ DE L'HYPOPHYSE

Hypophyse totale. — La toxicité de l'extrait total est faible. Les expériences de Franckl Hochwart, de Mairet et Bosc, de Conti et Curti, de Carraro, de Garnier et Thaon, de Parisot, qui ont mis à profit les voies d'introduction stomacale, sous-cutanée, intra-veineuse et même intra-péritonéale démontrent que veineuse et même intra-péritonéale, démontrent que « l'extrait hypophysaire est peu toxique, moins toxique que l'extrait surrénal par exemple; mais qu'il possède malgré tout un certain degré de toxicité. Il faut, il est vrai, de fortes doses pour produire la mort d'un lapin (la valeur de 10 hypophyses de lapin). Cette toxicité tient pour la plus grande part, à l'extrait de lobe postérieur. » (Parisot et Spire).

Le lobe postérieur de l'hypophyse ne comptant que pour un sixième de la glande, on comprend que l'extrait total n'ait, en effet, qu'une faible toxicité. Pour 1 gramme d'extrait total en ingestion, dose rarement atteinte en pratique, le lobe postérieur n'est représenté que par 10 ou 20 centigrammes, correspondant à une dose couramment employée chez l'homme et qui est parfaitement tolérée.

Lobe postérieur. — Expérimentalement le lobe postérieur présente donc une toxicité plus élevée que le lobe antérieur et que celle de l'hypophyse totale.

C'est une notion importante et dont il faudra tenir un grand compte, malgré que les doses toxiques, chez la femme, soient infiniment plus élevées que les doses thérapeutiques. (Voir Chap. V, Inconvénients et dangers de la méthode... page 145.)

VI. — FORMES MÉDICAMENTEUSES ET DOSAGES.

Les hypophyses utilisées en thérapeutique proviennent généralement du bœuf ou du veau. Leur mauvaise conservation en a fait rejeter l'emploi à l'état frais ; on se sert, pour la voie gastrique, de poudre d'hypophyse desséchée dans le vide à température basse et prise en cachets. Cette poudre représente environ cinq fois son poids d'organe.

L'action inégale de cette poudre lui a fait préférer les extraits injectables, à la dose de 0.20 centigrammes par centimètre cube. C'est sous ces deux formes — poudre totale, extrait total — que l'hypophyse a été au début employée en France, en particulier par Parisot et Spire. C'est la forme la moins active, car elle contient environ 5 sixièmes de lobe antérieur, alors que c'est le lobe postérieur qui recèle les principes utiles en obstétrique.

On y a donc renoncé et, unanimement aujourd'hui, on se sert d'extraits injectables de lobe postérieur. Nous avons vu la stabilité remarquable de la sécrétion hypophysaire qui résiste à la chaleur et à l'action des corps réducteurs, mais comme contre-partie, nous devons remarquer l'instabilité de ses propriétés physiologiques. Garnier et Thaon avaient constaté dans leurs expériences, la diminution progressive de la toxicité des produits de la pituitaire au fur et à mesure de leur conservation, même à la glacière ; il a semblé que, dans bien des cas, l'inégalité de l'action thérapeutique ressortissait d'une modification du produit sous la forme où il se trouvait dans l'extrait.

Aussi les laboratoires d'opothérapie, en France et à l'étranger, ont-ils adopté chacun un mode personnel de préparation et de dosage pour les extraits injectables d'hypophyse qui n'existent, de ce fait, qu'à l'état de spécialités pharmaceutiques.

En voici la liste, avec les caractéristiques de chaque produit.

1° PRODUITS FRANÇAIS :

Extrait hypophysaire de Choay.

1 ampoule = 1 cm³ = 0,05 d'extrait.

Rétropituine de Carrion.

1 ampoule = 1 cm³ = 0,10 d'extrait.

Physéine Grémy.

1 ampoule = 1 cm³ = correspondant à 0,20 centigrammes de lobe postérieur d'hypophyse.

2° PRODUITS ANGLAIS :

Pituitrine de Parke, Davis and Co :

1 ampoule = 1 cm³ = 0,05 cent. d'extrait.

Extrait d'hypophyse (Infundibulaire).

« Vaporole » de Burrough et Wellcome.

1 ampoule = 1/2 ou 1 cm³ = 0,10 ou 0,20 cent.
d'extrait.

3° PRODUIT ALLEMAND :

Hypophysine « Creil ».

1 ampoule = 1 cm³ = 0,05 d'extrait.

4° PRODUIT SUISSE :

Pituglandol, de Hoffmann Laroche.

1 ampoule = 1 cm³ = 0,10 d'extrait.

Dans nos recherches, nous n'avons utilisé que quatre de ces différents produits : l'hypophysine exceptionnellement, l'extrait de Choay quelquefois, mais surtout la Rétropituine, et la Physéine Grémy.

Nous devons faire remarquer que ce dernier produit n'est pas à proprement parler un extrait d'hypophyse. C'est une solution d'un sel de la base active du lobe postérieur, isolé par un procédé qui s'inspire de ceux que les physiologistes français ont indiqués au cours de ces dernières années et dont nous avons

dit un mot précédemment. Ce corps chimique précis, dégagé de toute matière albuminoïde est à l'hypophyse ce que l'adrénaline de Takamine est aux capsules surrénales. Il a l'avantage d'un dosage exact et d'une grande stabilité. Nous verrons, au cours de notre étude, que son activité répond à sa précision physico-chimique.

CHAPITRE III

L'EXTRAIT HYPOPHYSAIRE AU COURS DU TRAVAIL DE L'ACCOUCHEMENT, COMME AGENT OCYTOCIQUE.

On peut employer l'extrait hypophysaire au cours du travail pour réveiller ou renforcer les contractions utérines arrêtées, affaiblies ou espacées, soit pendant la période de dilatation, soit au cours de l'expulsion.

PREMIERE PARTIE

PENDANT LA PÉRIODE DE DILATATION

L'extrait du lobe postérieur de la glande pituitaire ayant pour action de stimuler et de renforcer la contraction utérine, son emploi comme agent ocytocique pour hâter le travail, c'est-à-dire pour accélérer la dilatation du col, est tout à fait indiqué. C'est à ce titre qu'il a été utilisé par les premiers auteurs qui se sont occupés de la question et comme nous allons le voir avec un succès constant. Dans la majorité des cas, la durée du travail a été sensiblement diminuée.

Les indications, pour l'administration de l'extrait hypophysaire dans ces circonstances, peuvent être très variables : tantôt il s'agit de lutter contre l'inertie utérine primitive ou secondaire, sans qu'il y ait danger immédiat pour la mère ou pour l'enfant ; tantôt il est nettement indiqué de terminer au plus vite la dilatation du col, dans l'intérêt de la parturiente (hémorragies, fièvre, etc.), ou dans celui du fœtus (état de souffrance fœtale, procidences, etc.).

Hofbauer, assistant de Winter, à Königsberg, fut le premier à employer méthodiquement dans douze cas, l'extrait hypophysaire, sous forme de pituitrine, en injections sous-cutanées. Les doses auxquelles il eut recours allèrent de 0 gr. 60 cgt. à 1 gr. 30 au total, par parturiente. Dans tous les cas, les succès furent satisfaisants. De trois à cinq minutes après chaque injection, il y eut reprise de la contraction utérine ; dans aucun cas il ne fut observé de tétanisation de l'utérus. Les injections successives ont été aussi efficaces que la première et aucun accident d'ordre toxique ne s'est manifesté. Après ce début encourageant, Hofbauer a de nouveau utilisé l'extrait d'hypophyse dans de plus nombreux cas et a continué à se féliciter de l'aide que lui a apportée ce médicament.

Boudy rapporte 10 observations avec 8 succès, un demi-succès, et un insuccès. Dans ses 8 succès, l'accouchement a eu lieu en moyenne, 25 minutes après l'injection de pituitrine, alors que le travail avait antérieurement duré, en moyenne, 36 heures.

Gottfried, dans un cas concernant un bassin rétréci, obtint un renforcement net des contractions utérines, 15 minutes après une injection de 60 cgt. de pituitrine, mais ce renforcement ne dura pas. Dans 5 autres cas, 3 fois le résultat fut favorable, 2 fois il fut négatif.

R. Stern obtint de même, par l'emploi de la pituitrine un renforcement de la contraction utérine et une diminution de la durée du travail. De plus, il constata que la délivrance était heureusement influencée ; elle se faisait plus rapidement, spontanément et sans perte de sang notable, mais plusieurs fois, il y eut tendance à l'hémorragie après la délivrance.

Ebeler, Klotz, A. Ross ont publié des observations démontrant l'action parfois remarquable de la médication hypophysaire contre l'atonie utérine.

Bagger-Jørgensen considère la pituitrine comme un moyen puissant pour renforcer les contractions de l'utérus et recommande le médicament administré à doses successives aux différentes périodes de l'accouchement.

Krøemer est du même avis.

Tous ces auteurs allemands injectent de fortes doses, à l'image de Hofbauer : 0,60 à 1 gr. 50 de pituitrine, et cela sans effets toxiques.

En France, Parisot et Spire ont été les premiers à employer l'extrait hypophysaire, au cours de l'accouchement.

Ils ont utilisé un extrait de glande totale en injections sous-cutanées et des cachets de poudre totale par la voie stomacale. Deux de leurs observations ont trait à la période de dilatation : dans un cas, 3 cachets de 0,50 ctg., furent sans aucun effet ; dans l'autre, il y eut augmentation de l'intensité et de la fréquence des contractions. En injections sous-cutanées, l'extrait hypophysaire a également réveillé, dans deux cas, les contractions utérines. Néanmoins, les auteurs pensent « qu'il serait téméraire d'affirmer pour cela que cette médication ait imprimé à ces accouchements une allure très caractéristique ».

En réalité, la différence de leurs résultats avec ceux des auteurs allemands semble provenir de ce fait qu'ils ont employé des préparations totales d'hypophyse, tandis que ceux-ci ne se sont servis que d'extraits de lobe postérieur, et à des doses capables de provoquer une « véritable tempête de contractions utérines » (Hofbauer).

O. Fischer, qui a employé l'extrait d'hypophyse dans une cinquantaine de cas, constate qu'il est d'autant plus efficace que le travail est plus avancé. La durée de l'accouchement, après la première injection, a été, chez les primipares, de 12 minutes à 6 heures, et, chez les multipares, de 20 minutes à 3 heures.

Hamm, au cours d'une première série d'observations (40) eut un insuccès, 4 demi-succès et 35 succès remarquables, l'accouchement se produisant de dix minutes à 2 heures après l'injection. Dans une autre série de 300 cas, les résultats furent aussi très encourageants.

Hirsch a été très satisfait aussi du médicament.

Tous ces auteurs ont eu recours à l'extrait de lobe postérieur sous forme de Pituitrine, de Pituglandol ou d'Extrait hypophysaire « Vaporole ».

F. Jøger observe 35 cas sans un seul insuccès. 19 de ces cas concernaient le cours de la période de dilatation. Il admet que le maximum d'effet du médicament se produit chez les primipares ayant déjà une dilatation de « 5 fr. » et chez les multipares quand elles ont une dilatation de « 2 fr. ». Il suffit, en général, de 3 minutes pour que les contractions utérines traduisent l'influence du traitement.

Schœffer a essayé le pituglandol chez 20 femmes. Six fois seulement l'accouchement s'est terminé après une seule injection, dans tous les autres cas, il en a fallu plusieurs.

Schmidt a eu 15 résultats favorables, mais il signale comme effet secondaire regrettable, des tranchées utérines intenses, au cours du post-partum, dans 25 p. 100 des cas. Aussi associe-t-il le pantopon à la pituitrine.

Study conclut de ses recherches que l'extrait hypophysaire est actuellement le moyen le plus sûr que nous ayons pour renforcer les contractions du travail qui, sous son influence, restent physiologiques. Il conseille d'employer de petites doses répétées, et accuse 83 à 84 p. 100 de succès.

Voigts, Vogli, dans de très nombreux cas, obtiennent aussi des résultats très favorables ; il en est de même de Benthin, de Freund et de Houssay (de Bue-

nos-Ayres) qui, il est vrai, emploie le produit particulier qu'il a découvert et dont nous avons précédemment parlé.

Schneider-Sievers est moins affirmatif. L'efficacité de l'hypophyse lui paraît inconstante et son innocuité serait douteuse. La mère peut présenter des bourdonnements d'oreilles, de l'angoisse, de l'oppression et les battements du cœur foetal peuvent diminuer de fréquence. Quant aux contractions, elles augmentent rapidement de force, mais d'une façon toute passagère; elles sont parfois subintrantes.

Richter a employé l'extrait hypophysaire 26 fois pendant la période de dilatation. L'effet se produisit de 5 à 10 minutes après l'injection, les contractions furent fortes et régulières. Dans un cas il se produisit de la tétanisation de l'utérus.

Hauch et Léopold Meyer (de Copenhague) ont rapporté 65 observations avec 19 échecs.

Fabre et Rhenter (de Lyon) ont expérimenté la pituitrine dans 10 cas, ils concluent de la façon suivante : « Il paraît ressortir que chaque fois, il y eut un réveil des contractions... Les contractions apparaissent *rapidement* après l'injection, un quart d'heure au maximum et beaucoup plus souvent 5 minutes et même moins...

« La durée de chaque contraction ne paraît pas sensiblement supérieure à celle des contractions ordinaires, atteignant surtout, semble-t-il à la lecture des observations, 50, 60 ou 80 secondes. » Dans certains cas, « on voit notées avant l'injection des contractions assez régulières, mais de durée courte, 15 secondes, et, après, des contractions dont la durée va jusqu'à atteindre 2 minutes.

« Le rythme des contractions ainsi obtenues paraît, en général, assez régulier, et il semble que d'une façon générale, les contractions aillent en se rapprochant et en augmentant de durée jusqu'à une

phase *optima* à partir de laquelle elles vont en diminuant et en s'espacant ».

... « Sauf dans une observation, les contractions se succèdent de façon régulière, en réalisant plus ou moins nettement le rythme que nous venons de décrire, pendant une période dont la durée moyenne paraît être de 1 heure, le maximum d'action se faisant sentir pendant une demi-heure, etc. » Dans 5 cas les auteurs ont observé à la suite de l'injection des troubles du côté de l'organisme maternel : vertiges, angoisse respiratoire, tachycardie, etc.

Pour Commandeur et Devin, l'action du médicament (Pituitrine) est inconstante.

Néanmoins, dans sa thèse, Devin, conclut que « l'action ocytocique de l'extrait de lobe postérieur de l'hypophyse est aujourd'hui bien démontrée. Elle est d'autant plus marquée que la grossesse est plus près du terme... Les meilleurs résultats sont obtenus sur l'utérus à terme et déjà en travail. L'injection d'extrait donne dans ces cas des contractions utérines intenses suivies rapidement de l'expulsion de l'enfant. L'indication principale est constituée par l'inertie utérine relative alors que la dilatation est déjà commencée, chez les multipares ou assez avancée chez les primipares et pendant l'expulsion, lorsque les douleurs s'arrêtent ou faiblissent. L'injection permettra souvent alors d'éviter une application de forceps. »

Devin n'a pas observé d'accidents sérieux à la suite des injections, mais il signale que, dans un certain nombre de cas, l'action de la pituitrine est nulle sans que l'on puisse s'expliquer pourquoi.

Siguret a recueilli à la clinique Tarnier, dans le service de M. Bar, 27 observations. L'une d'elles rapporte un cas de rupture utérine, chez une femme qui avait eu auparavant trois césariennes. Voici l'ob-

servation, telle que la décrit M. Siguret : (Arch. mens. obst. et gyn., 1912).

« IV pare, 31 ans, rachitique, 3 césariennes. Le 3 octobre, à 10 heures, le col est dilaté comme une petite paume de main. Injection sous-cutanée d'extrait hypophysaire Choay, à 10 h. 50. Les contractions deviennent subintrantes pendant 7 minutes, puis reviennent toutes les minutes. Elles sont de courte durée, mais très douloureuses. On décide d'intervenir par version. L'enfant se présente par le sommet en O. I. G. La main atteint le placenta entièrement décollé. La version est extraordinairement facile, mais la tête est retenue au détroit supérieur et doit être perforée. On constate ensuite une large déchirure du segment inférieur. Une laparotomie immédiate fait constater une large déchirure du péritoine s'élevant jusqu'à la région lombaire. »

M. Siguret pense qu'il est vraisemblable que l'extrait hypophysaire, en provoquant les contractions subintrantes sur cet utérus cicatriciel, a été le facteur capital du décollement du placenta et de la rupture utérine.

Ce cas mis à part, l'auteur constate que l'extrait hypophysaire donné dans le but de renforcer les contractions utérines est utile et que, sous son action, celles-ci deviennent plus fréquentes, plus fortes et plus efficaces.

Vayssières conclut ainsi dans sa thèse :

« L'extrait hypophysaire est un agent ocytocique précieux au cours du travail ralenti. Il peut épargner utilement plusieurs heures de souffrances et éviter un certain nombre de forceps. »

Il a employé la pituitrine et rapporte un grand nombre d'observations soit personnelles, soit du Dr Pouliot, toutes inédites.

Par contre, M. Delmas n'accuse que des succès, tandis que M. Fournier dit n'avoir qu'à se louer de l'extrait hypophysaire.

Metzger, dans 13 cas, a vu la dilatation se compléter en deux heures sous l'influence de la médication

hypophysaire. Emmanuel Herz, qui emploie le pitu-glandol, rapporte 7 cas de placenta prævia dans lesquels il eut recours à ce médicament. Dans cinq cas, l'effet fut favorable, dans un il fut nul et dans le dernier il détermina une contracture spasmodique du col. Néanmoins, l'auteur arrive à cette conclusion que l'extrait hypophysaire est utile en obstétrique, qu'il suscite des contractions utérines efficaces et que dans les cas qu'il a observés l'hémostase s'est produite par compression du placenta par le fœtus, à la faveur des douleurs; l'accouchement se produit souvent spontanément et si l'on intervient par version on peut attendre l'expulsion spontanée.

Raphaël Degollada y Castons, de Barcelone, en utilisant les injections sous-cutanées d'extrait hypophysaire, obtient 4 succès sur 5 cas et se déclare partisan de la méthode.

Lenge a employé l'hypophyse dans 30 cas à la période de dilatation et d'expulsion et en a obtenu des effets très variables.

Le Dr A. Turenne (de Montevideo) se déclare au contraire très partisan de l'extrait hypophysaire.

Malinowski, à la clinique de Kazan, a expérimenté le médicament dans 50 cas. Il mesure la pression intra-utérine au dynamomètre et constate que la pituitrine augmente d'une façon certaine et constante les contractions utérines, qui, néanmoins, conservent leurs caractères physiologiques.

L'optimum de l'action de la pituitrine serait, selon lui, à la fin de la période de dilatation et pendant la période d'expulsion. En effet, dans le premier stade de la dilatation du col chez les I pares, et même chez les multipares, lorsqu'il y a rigidité du col, la pituitrine peut provoquer une véritable tétanisation de l'utérus pendant 15 à 20 minutes, après quoi les contractions redeviennent physiologiques. Ce tétanos utérin ne se voit que lorsque la poche des eaux est

intacte. D'une manière générale, l'extrait hypophysaire produit son effet au bout de 3 à 5 minutes et le prolonge pendant 1 heure environ. Le contre-coup du traitement sur le fœtus se réduit à un ralentissement passager des bruits du cœur; les enfants naissent en bon état.

Zuolaga rapporte 19 observations. Il conclut que l'extrait hypophysaire est insuffisant pour provoquer l'accouchement à terme ou l'avortement, mais qu'il est utile quand la dilatation est très avancée et pendant la période d'expulsion.

Bischof (de Dusseldorf) signale un cas dans lequel le pituglandol injecté à la dilatation complète n'a pas empêché une hémorragie de la délivrance. La malade, il est vrai, avait aussi été chloroformisée. D'ailleurs Oppenheim (Centr. blatt. f. gyn. 13 juin 1914), répond à Bischof qu'il ne lui semble pas prouvé que le pituglandol ait été dans ce cas l'agent provocateur de l'hémorragie tardive qui lui semble se rapporter bien plutôt à une rétention, si minime soit-elle, du placenta.

Roemer, après 17 injections de pituglandol se déclare satisfait des résultats et de l'innocuité de la méthode.

Pierro Gall (de Trieste) est du même avis et recommande la médication hypophysaire dans le placenta prævia.

Popoudopolo (de Charkow), Bogdanovicz (de Budapest), Fages (de Vienne), ont obtenu, eux aussi, de bons résultats.

Esbensen (de Copenhague), dans un mémoire très documenté, conclut que l'E. H. augmente l'intensité des contractions utérines sans provoquer de tétanisation, et en leur conservant le caractère rythmique normal. En cas d'accouchement prématuré, l'effet est le même, mais le moment où il se manifeste le mieux et le

plus complètement, c'est lorsqu'il s'agit d'un accouchement à terme arrivé à ses dernières phases. L'extrait hypophysaire perdrait toute activité lorsqu'il existe de la fièvre. Aucun effet nocif n'a été constaté sur l'enfant.

En somme, d'une manière générale, il se dégage de cette vaste expérimentation de l'extrait hypophysaire dans tous les pays du monde, l'impression que cette médication rend les plus grands services en obstétrique pour accélérer ou réveiller le travail et amener les accouchements à bonne fin. Les insuccès qui ont été signalés paraissent ressortir soit de la technique employée, soit d'une diminution d'activité du produit, dans des conditions sur lesquelles nous reviendrons.

OBSERVATIONS PERSONNELLES

Nous avons employé l'extrait d'hypophyse (lobe postérieur dans 81 cas, au cours de la période de dilatation, pour accélérer le travail, en obéissant à des indications variées : inertie utérine simple (avec enfant vivant, mort ou macéré) — travail ralenti après rupture prématurée des membranes — présentations vicieuses, grossesses gémellaires — viciations pelviennes, — cas dans lesquels il existait une indication d'urgence de hâter la dilatation dans l'intérêt de la mère ou dans celui du fœtus.

Nous avons utilisé surtout la Retropituine Carrion et la Physéine Grémy, plus rarement l'extrait de Choay et l'hypophysine. Nous avons enfin eu recours tantôt à l'injection intra-veineuse, tantôt à l'injection sous-cutanée.

I. — INERTIE UTÉRINE SIMPLE

OBSERVATION I

Mme M..., 31 ans. II-pare. 1 grossesse à terme.

Dernières règles, fin décembre 1913.

Premières douleurs, le 3 octobre à 5 h. 1/2.

Entrée 2 heures plus tard.

A 10 h. 10 la dilatation est d'environ 5 fr. Modification des bruits du cœur. Issue du meconium. O. I. D. P. Douleurs espacées de 10 minutes et d'intensité moyenne.

Tension artérielle : $15/8 \frac{1}{2}$; pouls : 88.

Injection intraveineuse d'une ampoule de Rétropituine.

A 10 h. 30, tension artérielle : 16/9; Pouls : 76.

La dilatation est complète; les douleurs reviennent toutes les 3 minutes, très fortes.

Accouchement spontané à 10 h. 35 : fille vivante de 3 k. 060 gr.

Délivrance naturelle à 11 h. 10. Placenta 500 gr.

Suites de couches excellentes.

OBSERVATION II

Madame L... I-pare. 20 ans.

Dernières règles, 20 décembre 1913.

Premières douleurs, 2 octobre 1914 à 6 h.

Rupture prématurée des membranes le 1^{er} octobre 1914 à 3 h. Sommet en O. I. D. P.

Entrée à 8 h. le 2 octobre, la dilatation étant de 50 cent.; à 19 h. 35, la dilatation est de 5 fr.; les douleurs sont irrégulières. Injection intra-veineuse d'une ampoule de Rétropituine. Les battements du cœur semblent normaux.

20 h. 35, la dilatation est complète.

21 h., accouchement spontané d'une fille de 2.880 gr. en état de mort apparente, présentant 2 circulaires serrés. Non ramifiée.

Délivrance spontanée à 21 h. 50. Placenta : 420 gr.

Suite de couches : phlegmatia alba dolens.

Sort guérie 2 mois plus tard.

A accouché de nouveau en 1916 d'un enfant vivant. Une injection de Physéine a permis alors d'éviter une délivrance artificielle.

(Absence du décollement normal du placenta). (Voir observation, page 110).

OBSERVATION III

Madame K... 23 ans. I-pare.

Dernières règles, le 15 février 1914.

Premières douleurs, le 17 novembre 1914 à 10 h.

Entrée à 11 h. la dilatation étant de 2 fr. et les membranes rompues.

20 h. même dilatation. Injection sous-cutanée d'une ampoule de Rétropituite. Aucun effet.

Le lendemain, dilatation manuelle par le Docteur Laskine.

Accouchement spontané à 11 h. 25. Garçon 3 k. 200.

Délivrance 550 gr. à 13 h. 5.

OBSERVATION IV

Madame Z... XIII-pare. 33 ans.

Membranes rompues 3 jours avant l'accouchement.

Dernières règles, le 23 octobre 1913.

Premières douleurs le 7 juillet 1914.

Entrée le 8 juillet, la dilatation étant de 2 fr. O. I. D. P.

Le 9 juillet les contractions sont faibles; la dilatation d'un peu moins de 5 fr. Injection sous-cutanée de 1 cc. d'Hypophyse Creil à 14 h. 25.

Tension artérielle 14/8 avant l'injection.

Tension artérielle 14 1/2-8 1/2 après l'injection.

Pouls 80 avant; 72 après.

Les contractions deviennent fortes et régulières. Accouchement spontané à 17 h. Garçon vivant 3 k. 370.

Délivrance à 17 h. 30, poids 570 gr.

Suites de couches excellentes.

OBSERVATION V

Madame J... 38 ans. X-pare. 3 enfants vivants.

Wassermann négatif.

Dernières règles le 23 octobre 1914.

Premières douleurs le 25 juillet à 11 h.

Entrée à la salle à 14 h. la dilatation étant de 5 fr.

Le 25 juillet à 19 h. 35, douleurs nulles. Dilatation stationnaire.

Injection intra-veineuse d'une ampoule de Rétropituite.

Tension artérielle : 13/7 avant, et 14/7 après l'injection.

Pouls 80 et 76.

A 20 h. 30, accouchement spontané d'un fœtus mort et macéré de 2 k. 630. A 20 h. 50, délivrance naturelle, placenta : 720 gr.

Rétention de caduque. Suites de couches excellentes. La température n'a pas dépassé 37,2.

OBSERVATION VI

Madame F... V-pare. 32 ans. IV à terme.

Dernières règles le 24 novembre 1913.

Premières douleurs le 26 août 1914 à 6 h.

Entrée le 26 août à 14 h. la dilatation étant de 5 fr. A 15 h. 30 même dilatation. Injection intra-veineuse d'Hypophysine Creil.

La dilatation est complète à 16 h. 15.

Tension artérielle : 13/7 avant et 14/7 $\frac{1}{2}$ après l'injection.

Pouls avant : 76, après : 68.

Accouchement spontané à 16 h. 30. Garçon de 3 k. 650.

Délivrance à 16 h. 50. Placenta : 700 gr.

Suites de couches excellentes.

OBSERVATION VII

Madame S... IV-pare. III à terme.

Dernières règles le 1^{er} novembre 1913.

Premières douleurs le 24 août 1914 à 2 h.

Entrée à 4 h. la dilatation étant de 2 fr.

Sommet O. I. G. A. A 8 h. la dilatation est de 5 fr.

Le 24 août de 8 h. à 15 h. dilatation stationnaire.

A 15 h. injection intra-veineuse d'une ampoule de Rétro-pituite. Tension artérielle avant l'injection : 14/7; après 15/7.

Pouls avant l'injection 80; après 72.

La dilatation est complète à 16 h. 30.

Accouchement spontané à 16 h. 45 d'une fille vivante de 3.050 gr. Placenta : 475 gr. Délivrance à 17 h.

Sort le 8 septembre en bon état.

Enfant : très belle courbe de poids.

OBSERVATION VIII

Madame N... I-pare. 24 ans.

Dernières règles en octobre 1913.

Premières douleurs le 1^{er} août 1914 à 19 h.

Entrée à la salle le 2 août à 2 h. 30, la dilatation étant de 50 cent. Sommet en G. A.

A 15 h. 30 dilatation stationnaire. Injection sous-cutanée de 1cc de Rétropituitine.

18 h. 30, la dilatation est complète.

19 h. 30, accouchement spontané d'un garçon de 3 k. 340 gr.

A 19 h. 40, délivrance. Placenta : 530 gr.

Suites de couches normales.

Tension artérielle avant l'injection : 15/8; après 16/8.

Pouls : 80 et 74.

OBSERVATION IX

Madame Z... I-pare. 22 ans.

Dernières règles... (?)

Premières douleurs le 10 juillet 1914 à 10 h.

Entrée à 15 h. la dilatation étant de 1 fr.

18 h., les membranes sont intactes, la dilatation est inchangée. Injection sous-cutanée de 1 c. c. d'Hypophysine Creil.

Tension artérielle : 12/6 $\frac{1}{2}$ avant et après l'injection. Pouls : 100.

Le 12 juillet à 3 h. bonnes contractions, la dilatation est de 2 fr.

10 h., dilatation 5 fr. Injection sous-cutanée de 1 c. c. d'Hypophysine. — A 17 h. petite paume.

A 19 h. dilatation complète. Présentation en G. P.

A 19 h. 30, rotation faite, mais issue de méconium. Application de forceps en O. P. Garçon de 4 k.

20 h. délivrance. Placenta : 720 gr.

Suites de couches excellentes.

OBSERVATION X

Madame P... I-pare. 20 ans.

Dernières règles le 20 octobre 1913.

Premières douleurs le 2 août 1914 à 13 h.

Entrée à 21 h. 30, la dilatation étant de 50 cent.

Le 3 août, à 7 h., elle est de 2 fr. A 20 h. elle n'a pas changé. Injection sous-cutanée d'une ampoule de Rétropituitine.

Le travail reste stationnaire.

Le 4 août, à midi, nouvelle injection sous-cutanée de 2 ampoules de Rétropituitine. A 13 h. 50 la dilatation est complète.

Rupture des membranes.

A 14 h. 30, accouchement spontané, fille de 3 k.

A 14 h. 50, délivrance naturelle. Placenta 650 gr.

Suites de couches excellentes.

OBSERVATION XI

Madame F... 42 ans. XIII-pare, 3 avant terme, 8 à terme.

Une fausse couche de 4 mois avant cette dernière grossesse.

Dernières règles le 28 mai 1914.

Premières douleurs le 8 mars, à 20 h.

Entrée à la salle à la même heure la dilatation étant de 5 francs.

Le 9 mars, 10 h. 15, dilatation un peu plus grande que 5 fr. Douleurs toutes les 10 minutes environ. Injection intraveineuse de 2 ampoules de Rétropituine.

Tension artérielle : 16/9. Pouls : 92. A 10 h. 55 tension artérielle : 17/9 1/2; Pouls : 86. A 11 h. 55 dilatation complète.

A 12 h. accouchement spontané. Fille de 3 k. 650.

A 12 h. 10 délivrance naturelle.

Suites de couches excellentes.

Cette observation semble mettre en évidence la rapidité de l'action de l'injection intraveineuse (0. gr. 20 de rétropituine).

OBSERVATION XII

Madame G... V-pare. 4 à terme.

Dernières règles en avril 1914.

Premières douleurs le 25 janvier 1915 à 6 h.

Entrée le 25 janvier à 8 h. la dilatation étant de « 2 fr. ».

17 h., le col est dilatable comme « 5 fr. ». Membranes intactes. Battements du cœur bons. Les contractions sont fréquentes, mais peu intenses. A 17 h. 30, même dilatation. Injection intra-veineuse d'une ampoule de Rétropituine. A 18 h. la dilatation est complète. A 18 h. 5, accouchement spontané d'une fille vivante de 3 k. 530 gr.

Délivrance à 18 h. 20. Placenta : 530 gr.

Tension artérielle avant l'injection : 16/8 1/2. Après : 17/8 1/2.

Pouls : avant : 80 — après : 72.

Suites de couches excellentes; également excellent le poids de l'enfant à la sortie, le 4 février, 3 k. 625.

OBSERVATION XIII

Madame P... I-pare. •

Dernières règles le 20 avril 1914.

Premières douleurs le 28 janvier 1915, à 22 h.

Les battements du cœur fœtal, qui avaient été perçus à la consultation jusqu'à huit mois et demi, sont nuls quand la femme entre en travail.

Le 29 janvier à midi, les douleurs étant faibles et espacées, on fait une injection intraveineuse de 1 c.c. (une ampoule) de Rétropituine. A ce moment la dilatation est de « 2 fr. » et les membranes sont intactes. Un demi-heure après l'injection, les douleurs sont plus vives et plus rapprochées. A 15 h. la dilatation est de « 5 fr. », mais les douleurs s'espacent de nouveau.

Deuxième injection de 1 c.c. (une ampoule) de Rétropituine, à 18 h. Les contractions deviennent subintraites. La dilatation est complète à 20 h.

A 20 h. 30, accouchement spontané d'une fille, morte et macérée de 2.700 gr.

La tension artérielle avant l'injection est de 10 ... (?) après : 18/9; le pouls : 84. — Placenta : 530 gr.

Suites de couches excellentes.

(Wassermann négatif).

OBSERVATION XIV

Madame B... I-pare, 28 ans. Commerçante.

Dernières règles le 1^{er} mai 1914.

Premières douleurs le 18 février 1915 à 1 h.

Entrée à la salle d'accouchement le 18 février à 8 h. 45, la dilatation étant de « 50 cent. ». O. I. D. P. A 19 h. 20, les douleurs sont faibles et espacées. Le col est dilatable comme « 1 fr. ». Injection sous-cutanée d'une ampoule de Rétropituine. Fortes douleurs jusqu'à 22 h. Le 19 février, à 2 h. 30 la dilatation est de « 5 fr. », à 9 h. elle est complète.

A 11 h. 50, accouchement spontané. Fille vivante de 3 k. 250 gr.

Délivrance à 12 h. 5. — Placenta : 610 gr.

Suites de couches normales.

OBSERVATION XV

Madame S... I-pare. 30 ans.

Dernières règles en juin 1914.

Premières douleurs le 30 mars 1915 à 4 h.

Entrée 2 h. plus tard, la dilatation étant de « 2 fr. ».

Sommet en G. A.

A 23 h. la dilatation est de la valeur d'une grande paume. Injection sous-cutanée d'une ampoule de Rétropituine. La dilatation est complète à minuit 30.

Deuxième injection sous-cutanée d'une ampoule de Rétropituine. A 1 h. 30, les battements du cœur étant modifiés, on fait une application de forceps en O. P. Enfant né en état de mort apparente; vite ranimé. Il pèse 3 k. 580.

Délivrance à 2 h. 20. — Placenta : 600 gr.

Suites de couches excellentes.

Enfant très belle courbe de poids.

OBSERVATION XVI

Madame D... 34 ans. I-pare.

Dernières règles, le 12 mai 1914.

Premières douleurs, le 22 février 1915 à 8 h.

Entrée à 11 h. la dilatation étant de « 50 cent. ».

A 21 h., même dilatation. Injection sous-cutanée d'une ampoule de Rétropituine.

Tension artérielle : 15/8. Pouls : 72.

A 22 h. la dilatation est de « 5 fr. ».

Le 23 février à 0 h. 45, la dilatation est complète.

A 2 h. 50 application de forceps en G. A. Fille de 2 k. 860 gr. — Délivrance à 3 h. 5. — Placenta : 520 gr.

Le père syphilitique, s'est traité depuis l'âge de 16 ans; il a maintenant 36 ans. Wassermann négatif.

La petite a des gommes le 3^e jour. Sort le 21^e jour en bon état. Les gommes disparaissent sous l'influence des frictions mercurielles et de la Liqueur de Van Swieten.

OBSERVATION XVII

Madame T... 27 ans. II-pare.

Dernières règles : 1^{er} septembre 1914.

Premières douleurs : le 17 juin 1915 à 8 h. 30.

Entrée à 10 h. 30, le col étant dilatable comme « 2 fr. ».

18 juin, 9 h. 30, col même état.

Tension artérielle : 15/8. — Pouls : 84.

Première injection intraveineuse d'une ampoule de Rétropituine. A 10 h. 35, deuxième injection intraveineuse, les douleurs étant faibles et la dilatation stationnaire. Jusqu'à midi douleurs assez fortes et fréquentes, puis elles s'espacent toutes les 7 minutes. A midi la dilatation est de « 5 fr. ».

Pouls : 72. — Tension artérielle : 15 ½/8.

A 18 h. 30, la dilatation est d'une petite paume. Les douleurs sont plus faibles.

Troisième injection intraveineuse d'une ampoule de Rétropituine. Tout de suite après l'injection, douleurs subintrantes.

Dilatation complète à 17 h. 45. Accouchement spontané d'un garçon débile de 2.400 gr. à 18 h.

Délivrance à 18 h. 15. — Placenta : 550 gr.

Suites de couches excellentes.

Enfant belle courbe de poids.

OBSERVATION XVIII

Madame A... 44 ans. IX-pare. 7 à terme, 1 avant terme.

Dernières règles.... (?)

Arrivée le 19 juillet 1914 à 6 h. le col étant perméable. Elle déclare avoir des douleurs depuis minuit 10. Sommet en O. I. G. A.

Battements de cœur normaux.

13 h. 20, pas de contractions. Dilatation d'un peu plus de « 5 fr. ». Tension artérielle : 13/7. — Pouls : 84.

Injection sous-cutanée de c.c. de Rétropituine. Presque aussitôt douleurs quasi subintrantes.

A 13 h. 45, la dilatation est complète.

Tension artérielle : 14/7. — Pouls : 76.

A l'occasion d'une douleur violente, expulsion de l'enfant qui pèse 3.300 gr. Délivrance naturelle dix minutes après. Placenta : 520 gr. — Périnée intact.

Suites de couches excellentes. Il en est de même de la courbe du poids de l'enfant.

OBSERVATION XIX

Madame D... 36 ans. VII-pare, 5 à terme, 1 avant terme. 3 enfants morts en bas âge, 2 vivants.

Dernières règles le 26 mai 1914.

Présentation de l'épaule en janvier. Version par manœu-

vres externes ramenant d'abord le siège en bas. Revient à sa position primitive. Puis version spontanée, tête en bas. Battements du cœur nuls depuis le 15 janvier 1915.

Entre en travail le 22 février à 1 h.

Monte à la salle à 4 h. la dilatation étant d'une grande paume de main, poche des eaux volumineuse.

A 5 h. rupture de la poche des eaux.

Le col revient sur lui-même, dilatation petite paume de main.

A 10 h. 10, dilatation stationnaire depuis 5 h. Injection sous-cutanée de 2 ampoules de Rétropituite. Tension artérielle : 16/8. — Pouls : 80.

A 10 h. 20, la dilatation est complète.

Tension artérielle : 17/8 $\frac{1}{2}$. — Pouls : 72.

A 10 h. 30, expulsion spontanée d'un fœtus mort et macéré du poids de 2 k. 450. 3 circulaires serrés autour du cou. Cordon longueur 1 mètre.

A 10 h. 45 délivrance naturelle. Placenta : 400 gr.

Suites de couches excellentes.

OBSERVATION XX

Madame W... 37 ans. VIII-pare. VII à terme.

Dernières règles, le 20 avril 1914.

Premières douleurs, le 23 janvier 1915 à 6 h.

Entrée à la salle de travail le 23 janvier à 8 h. le col étant dilatable comme « 2 fr. ».

Le 23 janvier, 12 h., dilatation stationnaire. Les contractions sont très espacées.

Tension artérielle : 16/9. — Pouls : 88. Injection sous-cutanée d'une ampoule de Rétropituite.

A 14 h., contractions plus fortes.

Tension : 16 $\frac{1}{2}$ /9. — Pouls : 72.

A 17 h. les contractions sont intenses. Col dilaté comme « 5 fr. » facilement dilatable; à 18 h. 30 la dilatation est complète; à 18 h. 45 accouchement spontané d'un enfant vivant de 3 k. 770 gr.

Délivrance naturelle à 19 h. 15. — Placenta : 600 gr.

Suites de couches excellentes.

OBSERVATION XXI

Madame T... 28 ans. II-pare, 1 à terme.

Dernières règles le 23 avril 1914.

Premières douleurs le 8 février 1915 à 9 h.

Entrée à la salle d'accouchement à 10 h. le col étant dilatable comme « 5 fr. ». Douleurs insuffisantes.

Le 9 février, 9 h., même état. Injection sous-cutanée d'une ampoule de Rétropituitine. Les douleurs sont légères. La dilatation est stationnaire. Tension artérielle avant et après l'injection : 14/7 $\frac{1}{2}$. — Pouls : 76 et 72.

A 14 h., nouvelle injection sous-cutanée d'une ampoule de Rétropituitine. Le travail est toujours lent. 22 h. 30 dilatation complète.

22 h. 45, accouchement spontané. Enfant né en état de mort apparente, ranimé. 3 k. 570.

Délivrance à 23 h., poids 680 gr.

Suites de couches excellentes, de même la courbe du poids de l'enfant.

OBSERVATION XXII

Madame E... 22 ans. II-pare.

Dernières règles, fin mai 1915.

Premières douleurs, le 12 février 1916, à 17 h. 20.

Entrée à la salle de travail le 17 le col étant dilatable comme « 1 fr. ». Membranes artificiellement rompues O. I. G. A. Battements du cœur bons.

A 17 h. 20 la parturiente n'a pas de contractions. Le col perméable sur toute l'étendue. Le sommet est engagé en O. I. G. A. Les battements du cœur sont perçus.

Les membranes sont rompues au-dessus de l'orifice et en pratiquant le toucher il s'écoule une petite quantité de liquide amniotique.

On fait une injection intraveineuse de 2 c. c. de Rétropituitine. Aussitôt après l'injection la parturiente ressent des contractions qui reviennent toutes les 5 minutes, régulièrement, et durent environ une minute.

A 19 h. 25, la dilatation est entre « 5 fr. » et une petite paume de main. Col presque effacé. Battements du cœur perçus.

Les douleurs cessent à 24 h. 30 pour reprendre le 13 février à 6 h..

A 9 h. 30, la dilatation n'est encore que de « 5 fr. ».

A 10 h. 20 dilatation complète; rupture artificielle de la poche des eaux.

Dégagement de la tête. Liquide abondant mais clair, 3 circulaires serrés autour du cou. Pose de 2 pinces sur le cordon et section du cordon.

Dégagement des épaules.

Garçon né en état de mort apparente, asphyxie bleue. Non ranimé à 10 h. 30 le 13 février 1916.

Délivrance 10 minutes après.
Suites de couches excellentes.

OBSERVATION XXIII

Madame C... 22 ans. S. P. I-pare.

Dernières règles... (?)

Premières douleurs, le 28 février à 1 h.

Entrée à la salle de travail à 4 h. avec une dilatation comme « 2 fr. ». Membranes non rompues. D. P. Battements du cœur irréguliers et sourds.

Le 29 février, à 10 h. 30, dilatation de « 5 fr. ». Contractions nulles depuis minuit. Poche des eaux intacte. Battements du cœur perçus.

Injection intraveineuse de 1 ampoule de Physéine.

Tension artérielle : 17,5/9,5. — Pouls : 64.

Aussitôt après l'injection contraction extrêmement violente. Rupture spontanée de la poche des eaux; sous l'influence de cette contraction écoulement de liquide contenant du méconium. Les contractions reviennent toutes les 2 minutes. Après 10 minutes, la dilatation est d'une petite paume de main.

A 11 h. dilatation d'une grande paume de main. Battements du cœur irréguliers. Dans l'intervalle des contractions la tension artérielle est de 18/10; pendant la contraction de 19,5. — Pouls : 60.

Les battements du cœur se modifient de plus en plus.

On fait une application de forceps à 1 h. 15. Sommet en O. I. D. P. prise en oblique, rotation : 2° prise en directe, extraction d'un garçon vivant du poids de 3 k. 500 gr. (1).

Délivrance à 12 h. 30. — Placenta : 650 gr.

Suites excellentes en ce qui concerne la médication hypophysaire. Courbe bonne pour l'enfant.

(1) Nous avons été amené, dans quelques cas, surtout quand nous commençons à expérimenter l'Hypophyse, à pratiquer des applications de forceps dont l'indication résultait, non pas de l'inactivité du traitement mais de l'obligation d'aller plus vite encore (souffrance fœtale par longueur exagérée du travail avant l'injection, etc.) et aussi de la connaissance incomplète que nous avions de cette méthode. Aujourd'hui nous n'agissons plus de même.

OBSERVATION XXIV

Madame R... 28 ans. S. P. I-pare.

Dernières règles, le 20 mai 1915.

Premières douleurs, le 13 mars 1916, à 6 h.

Entrée à la salle de travail à 7 h. avec une dilatation comme « 50 cent. ». Membranes non rompues. O. I. D. P.

Le 14 mars 10 h. 30, injection sous-cutanée de Physéine (1 ampoule). Contractions assez régulières et fortes, revenant toutes les deux minutes. Battements du cœur bons. Tension artérielle avant l'injection : 18,5/8,5. — Pouls : 104.

Après l'injection, tension artérielle : 20/8,5. Pouls : 100.

A 14 h. 40, injection sous-cutanée d'une deuxième ampoule de Physéine. Dilatation d'une grande paume de main. Douleurs toutes les 3 minutes plus fortes. Battements du cœur bons, membranes intactes.

A 16 h. 20 battements du cœur modifiés; dilatation complète.

A 17 h. on fait une application de forceps en oblique en raison de l'état des bruits du cœur et de l'issue de méconium. Dégagement O. S. Extraction d'une fille ranimée du poids de 3 k 500 gr.

Délivrance une demi-heure après, poids : 530 gr.

Suites de couches très bonnes.

Courbe de poids de l'enfant très belle.

OBSERVATION XXV

Madame R... 19 ans. — I-pare.

Dernières règles, le 10 juillet 1915.

Premières douleurs, le 21 avril 1916, à 3 h.

Entrée à la salle de travail à 8 h. avec une dilatation comme une petite paume de main. Les membranes ne sont pas rompues. O. I. D. P. Battements du cœur bons.

Peu après l'arrivée, cessation des contractions utérines.

10 h., injection intraveineuse d'une ampoule d'Hypophyse de Choay. Quelques minutes après la parturiente dit éprouver des douleurs qui se régularisent et se renouvellent toutes les 5 minutes.

A 10 h. 30, dilatation complète, rupture artificielle des membranes, liquide amniotique normal, battements du cœur bons.

A 10 h. 50 accouchement spontané d'un enfant vivant du poids de 3 k. 200 gr.

A 11 h. 15 délivrance. Poids : 640 gr.

Suites de couches excellentes, ainsi que la courbe de poids de l'enfant.

OBSERVATION XXVI

Madame Z..., 29 ans. IV-pare.

Dernières règles, le 10 juillet 1915.

Premières douleurs, 10 avril 1916, à 13 h.

Entrée à la salle de travail à 14 h. avec une dilatation comme « 2 fr. », les membranes non rompues. G. A. Battements du cœur normaux.

Le 11 avril, à 17 h. 20, dilatation intermédiaire entre « 5 fr. » et une petite paume de main. Travail stationnaire depuis quarante huit heures, avec néanmoins des contractions régulières et douloureuses. Poche des eaux intacte. Battements du cœur perçus.

Tension artérielle : 15/8. — Pouls : 112.

Injection intraveineuse d'une ampoule d'Hypophyse de Choay. Aussitôt après l'injection, la femme accuse de violentes contractions, elle déclare qu'au lieu de ressentir des douleurs dans les reins, elle les ressent dans le bas-ventre.

Tension artérielle après l'injection : 15,5/8. — Pouls : 100.

A 19 h. dilatation d'une petite paume de main.

A 23 h., dilatation d'une grande paume de main; lèvre antérieure œdématiée, battements du cœur précipités.

A 23 h. 30, injection intraveineuse d'une *seconde* ampoule d'Hypophyse Choay. Cinq minutes après, accouchement spontané d'un garçon vivant, du poids de 4 k. 300 gr.

Délivrance une demi-heure après. Poids : 750 gr.

Suites de couches très bonnes, ainsi que la courbe de poids de l'enfant.

OBSERVATION XXVII

Madame F..., 25 ans. S. P. II-pare. Premier accouchement gémellaire : enfants morts et macérés.

Dernières règles, le 10 septembre 1915.

Premières douleurs, le 17 juin 1916 à 18 h.

Entrée à la salle de travail une demi-heure plus tard, la dilatation étant comme « 2 fr. », les membranes rompues. O. I. G. A. Battements du cœur bons.

Le 18 juin, 10 h. $\frac{1}{2}$, dilatation nulle, douleurs nulles. Battements du cœur bons. Tension artérielle 18/9 (Pachon). Pouls : 120.

Injection sous-cutanée d'une ampoule de Physéine Grémy.

11 h. $\frac{1}{2}$, petites douleurs. Tension artérielle : 19/8. Pouls : 108. Col dilatable comme « 1 fr. ».

Jusqu'à 18 h. n'accuse pas de fortes douleurs. A 18 h. douleurs toutes les 5 minutes. Col dilatable comme « 2 fr. ».

La dilatation est complète à 1 h. 30 le 18 juin.

La parturiente refusé de pousser malgré les douleurs fortes qui se produisent toutes les 4 minutes.

A 1 h. 30 on se décide, devant la mauvaise volonté de la parturiente à faire une application de forceps en G. A.

Garçon vivant de 3 k. 300 gr.

Délivrance une demi-heure plus tard : 550 gr.

Suites de couches excellentes de même que la courbe de poids de l'enfant.

OBSERVATION XXVIII

Madame F..., 35 ans, ménagère, I-pare.

Dernières règles, le 21 octobre 1915.

Entrée en travail le 30 juillet 1916, à 2 h.

Présentation et position : Sommet O. I. D. P. Engagement effectué.

Le 31 juillet, 10 h. 20, la dilatation est d'une grande paume de main; le travail est stationnaire depuis le 30 juillet à 16 h. Tension artérielle : 17 $\frac{1}{2}$, 6. Pouls : 72.

A 10 h. 30, on fait à la malade une injection intraveineuse de 2 ampoules de Rétropituitinè.

Pouls : 66. Tension artérielle : 16 $\frac{1}{2}$ -5 $\frac{1}{2}$.

Les douleurs étaient faibles avant l'injection et elles se répétaient toutes les 10 minutes. Après l'injection elles deviennent fortes et elles se répètent toutes les 4 minutes.

A 11 h., les douleurs sont de nouveau plus espacées, toutes les 10 minutes et assez faibles.

On fait une nouvelle injection intraveineuse de 3 ampoules de Rétropituitinè. Les douleurs reviennent toutes les 7 minutes et très fortes.

A 12 h. 30, la dilatation est complète, la femme pousse bien.

A 14 h. 30, la parturiente semble très fatiguée. La rotation est presque faite et les douleurs sont très bonnes.

On fait une application de forceps en D. A. à cause de la rigidité des parties molles. Extraction d'un garçon vivant du poids de 4.450 gr.

La délivrance vient 10 minutes après. Poids : 650 gr.

Suites de couches bonnes.

Courbe de l'enfant régulière.

OBSERVATION XXIX

Madame S..., I-pare, 31 ans.

O. I. D. P.

Le 6 janvier 1917 la parturiente a une dilatation de « 1 fr. », stationnaire depuis 24 heures (observée à la salle de travail).

10 h., injection sous-cutanée de 1 c. c. de Physéine Grémy.

10 minutes après l'injection, première bonne douleur. Jusqu'au soir douleurs toutes les 3 minutes.

A 17 h., dilatation : « 5 fr. ».

Les douleurs s'espacent pour ne recommencer que le lendemain, après un bain d'une demi-heure.

La dilatation est complète le 7 janvier à 21 heures.

A 21 h. 45, injection intraveineuse de 5 c. c. de Physéine (1 dose). Accouchement spontané un quart d'heure plus tard, d'une fille vivante de 3 k. 420 gr.

Délivrance naturelle, 35 minutes après. Poids : 800 gr.

Suites de couches et poids de l'enfant normaux.

OBSERVATION XXX

Madame L..., I-pare, 24 ans.

Dernières règles, le 8 juin 1916.

Premières douleurs, le 9 mars 1917, à 9 h.

A 16 h., la dilatation est de « 1 fr. ».

Douleurs nulles. Membranes intactes. O. I. G. A.

Injection sous-cutanée d'une ampoule de Physéine Grémy. Douleurs régulières toutes les 6 minutes, assez fortes.

A 19 h. 30, dilatation : « 5 fr. » ; à 21 h., petite paume de main. Puis, dilatation stationnaire jusqu'au lendemain 11 h., où l'on fait une deuxième injection d'une ampoule de Physéine.

Cinq minutes après l'injection, bonnes douleurs.

A 11 h. 30, la dilatation est complète.

A 11 h. 45, accouchement spontané, garçon vivant, 3 k. 140 gr.

Délivrance naturelle, et complète 15 minutes plus tard, poids, 530 gr.

OBSERVATION XXXI

Madame B..., 19 ans, II-pare.

Dernières règles, le 5 juin 1916.

Premières douleurs, le 9 mars 1917, à 16 h.

Entre à la salle de travail à 9 h., le col étant dilatable comme « 1 fr. ». O. I. G. A.

Dilatation stationnaire jusqu'au lendemain 10 h. 30. Injection sous-cutanée d'une ampoule de Physéine.

Cinq minutes après l'injection, fortes contractions à 2 minutes d'intervalle. Rupture prématurée de la poche des eaux. La faciès de la parturiente pâlit et il se produit des vomissements abondants.

A 11 h. 15, la dilatation est d'une petite paume, les contractions sont fréquentes, mais avec *intervalle* physiologique.

A 10 h. 45, c'est-à-dire, 2 h. 15 après l'injection, la dilatation est complète.

A 13 h., accouchement spontané, fille vivante, 2 k. 780 gr.
Délivrance naturelle, 15 minutes plus tard : 410 gr.

OBSERVATION XXXII

Madame F..., 19 ans, I-pare.

Dernières règles, le 20 juin 1916.

Premières douleurs, le 7 mars 1917, à 19 h. O. I. G. A.

Le 8 mars, 12 h. 45, dilatation stationnaire d'une petite paume de main depuis 8 h.

A 12 h. 45, injection sous-cutanée d'une ampoule de Physéine.

Quelques minutes après l'injection, contractions utérines presque subintrantes et vomissements.

A 13 h., la dilatation est complète; rupture artificielle des membranes.

A 13 h. 15, accouchement spontané d'un garçon vivant, poids : 3 k. 150 gr.

Délivrance naturelle et complète, 15 minutes après l'accouchement, poids : 560 gr.

OBSERVATION XXXIII

Madame S..., I-pare, 38 ans. S. P.

Dernières règles, le 10 juin 1916.

Entre en travail le 13 mars à 8 h. du matin, le col étant dilatable comme « 50 cent. ». Etat stationnaire toute la journée.

14 mars, 8 h. 30, même état. Grand bain d'une heure, aucun effet. Injection sous-cutanée d'une ampoule de Physéine à 9 h. 30. A 13 h. 30, la dilatation est de « 5 fr. ». Puis le travail se ralentit de nouveau.

A 19 h. 15, la dilatation est d'une petite paume. Deuxième injection sous-cutanée d'une ampoule de Physéine.

La dilatation est complète à 21 h. 15. Les parties molles étant rigides, et les bruits du cœur fœtal mal frappés, on fait une application de forceps en D. P.

Extraction d'un garçon vivant, poids 3 k. 500.

Délivrance naturelle et complète, 10 minutes après, poids : 670 gr.

Suites de couches excellentes, de même la courbe du poids de l'enfant.

OBSERVATION XXXIV

Madame R..., 40 ans, S. P. XIII-pare. XI à terme, 1 avant terme, 6 vivants, 6 morts en bas âge.

Dernières règles, le 10 mai 1916.

Premières douleurs, le 20 février 1917 à 1 h.

Entre à la salle de travail à 5 h., le col étant dilatable. comme « 50 cent. ».

A 13 h. 45, la dilatation est de « 5 fr. », les membranes se rompent, le liquide est fortement teinté de méconium. Les bruits du cœur fœtal sont sourds et irréguliers. Injection sous-cutanée d'une ampoule de Physéine. Aussitôt les contractions deviennent presque subintrantes, et la femme accouche spontanément, 15 minutes après l'injection, d'un enfant du poids de 3 k. 100 gr. en état de mort apparente, facilement ranimé.

Délivrance naturelle et complète, 20 minutes après, poids : 500 gr.

Suites de couches excellentes, de même la courbe du poids de l'enfant.

OBSERVATION XXXV

Madame H..., 37 ans, S. P. IV-pare, tous à terme.

Dernières règles, juillet 1916.

Premières douleurs, le 6 août 1917, à 3 h.

Entrée à la salle de travail une heure plus tard, la dilatation étant comme « 5 fr. ».

A 8 h. 55, même dilatation, les membranes sont rompues. L'enfant rend son méconium, les bruits du cœur fœtal sont sourds.

Injection sous-cutanée d'une ampoule de Physéine de 1 c. c.

Quelques instants après les contractions deviennent fréquentes et fortes.

A 10 h. 25, la dilatation est complète. Cinq minutes après, accouchement spontané d'un garçon vivant, poids : 3 k. 900 gr.

Délivrance naturelle et complète 30 minutes après; poids : 650 gr.

Suites de couches excellentes.

OBSERVATION XXXVI

Madame L..., 34 ans, lingère. III-pare. 2 à terme.

Dernières règles, le 5 août 1916.

Le travail débute par une rupture prématurée des membranes le 5 mai 1917.

A 8 h. 40, O. I. D. P. Tête engagée.

Le 7 mai, le travail ne se déclarant pas, injection sous-cutanée de 2 ampoules de Physéine.

Quelques contractions apparaissent, qui continuent pendant une demi-heure.

8 mai, 8 h. 45, dilatation de « 2 fr. ». Plus de col. Injection sous-cutanée de 2 ampoules de Physéine. Dix minutes après, bonnes douleurs toutes les 5 minutes. La dilatation est complète à 13 h. 1/2.

Accouchement spontané à 13 h. 45, garçon-vivant, 3 k.

Délivrance naturelle, 10 minutes plus tard, poids : 540 gr. Suites de couches excellentes.

OBSERVATION XXXVII

Madame B..., 28 ans, V-pare.

Dernières règles, le 29 juillet 1916.

Premières douleurs, le 6 avril 1917 à 23 h.

Entre le lendemain à 10 h., le col étant dilatable comme « 2 fr. ». Membranes intactes. Travail stationnaire.

A 15 h., injection sous-cutanée d'une ampoule de Physéine.

Le travail ne se déclanche réellement que le lendemain.

Accouchement spontané le 8 avril, à 14 h. Fille de 3 k. 685 gr.

Délivrance naturelle, poids : 600 gr.

OBSERVATION XXXVIII

Madame V..., 20 ans, S. P. I-pare.

Dernières règles, le 6 juillet 1916.

Premières douleurs le 8 avril, à 6 h. Entre à la salle de travail à 7 h. 30, la dilatation étant comme « 50 cent. ».

A 14 h. 45, la dilatation est complète. Rupture artificielle de la poche des eaux. Le col revient sur lui-même, paraît dilaté comme « 5 fr. ».

Injection sous-cutanée d'une ampoule de 1 c. c. de Phy-

séine. Dix minutes après les contractions se réveillent et se suivent toutes les huit minutes.

A 16 h. 30, la dilatation est de nouveau complète.

A 17 h., accouchement spontané d'une fille vivante, poids : 2 k. 900 gr.

Délivrance à 17 h. 10. Placenta : 550 gr.

Suites de couches excellentes.

OBSERVATION XXXIX

Madame H..., 22 ans, infirmière. II-pare.

Dernières règles, le 28 août 1916.

Entre en travail le 20 juin 1917 (grossesse prolongée), à 3 h. Présentation : O. I. G. A.

La dilatation est complète à 17 h.

La tête n'est pas franchement engagée, les douleurs sont moyennes.

Injection sous-cutanée d'une ampoule de Physéine. Les douleurs deviennent aussitôt très fortes, toutes les 3 minutes.

20 minutes après accouchement spontané : garçon vivant, poids : 4 k. 300 gr.

Délivrance, 15 minutes après, poids : 715 gr.

Suites de couches excellentes.

OBSERVATION XL

Madame J..., 28 ans, couturière. II-pare, 1 à terme.

Dernières règles, septembre 1916.

Présentation : O. I. G. A.

Premières douleurs le 10 juillet 1917, à 3 h. du matin.

La dilatation est complète à 14 h.

Les douleurs sont faibles et espacées (toutes les 12 minutes).

A 14 h. 40, les bruits du cœur fœtal se modifient; injection sous-cutanée de 2 ampoules de Physéine.

5 minutes après l'injection, douleurs vives, toutes les 3 minutes, et 15 minutes après, accouchement spontané, garçon né étonné poids : 3 k. 450 gr.

Délivrance spontanée, 35 minutes plus tard, placenta découronné. On retire facilement les membranes manuellement.

Suites normales pour la mère et l'enfant.

Nous avons eu, en somme, sur 40 cas, 28 succès francs, c'est-à-dire que dans 28 cas, la médication hypophysaire a suffi, à elle seule, à combattre efficacement l'inertie utérine, à provoquer le renforcement ou

la réapparition de contractions utiles et à décider de l'expulsion du fœtus.

Le temps moyen pour arriver à ce résultat a été de un quart d'heure à une heure et demie; mais il a été nécessaire, dans quelques cas, d'avoir recours à une deuxième injection, la première n'ayant provoqué qu'un réveil passager ou insuffisant du travail. Dans deux cas même (obs. 17-28) il a fallu pratiquer 3 injections consécutives, l'action de chacune d'entre elles semblant s'épuiser dans un temps qui varia de 1 à 3 heures. Néanmoins, dans la majorité des cas une injection a suffi.

Parmi les insuccès, il en est plusieurs qui sont des insuccès relatifs, car la médication avait parfaitement provoqué la reprise de bonnes contractions utérines et si nous avons été quelquefois amenée à appliquer le forceps, ce n'était pas à cause de l'insuffisance du travail, mais parce que le fœtus présentait des signes de souffrance qu'il faut rapporter à la longueur du travail dans la période antérieure à l'injection d'hypophyse.

Les insuccès demandent donc à être interprétés et nous ne pouvons considérer comme un échec absolu que l'observation 3, qui signale l'inactivité complète de 0.10 ctg. de Rétropituine, chez une primipare, par voie sous-cutanée. Les obs. 10, 15, 17 concernent des résultats douteux dans lesquels le produit hypophysaire n'a pas provoqué de contractions suffisantes dans un laps de temps convenable, mais où, cependant, son action n'a pas été nulle.

Si bien que, dans l'ensemble, nous pouvons enregistrer 28 succès francs, 11 résultats incomplets et un échec absolu.

La voie d'introduction a-t-elle une influence sur les résultats?

Chez les primipares, la voie sous-cutanée s'est montrée beaucoup moins efficace pour tous les produits

employés, sauf pour la Physéine. Chez elles, la voie veineuse s'est montrée plus active, malgré que la Rétropituitine ait demandé, pour aboutir, dans 2 cas sur 3, la répétition des injections (une fois deux ampoules, l'autre 4 ampoules.)

Chez les multipares, les résultats obtenus par voie veineuse et sous-cutanée s'équivalent à peu près et l'ensemble des observations est beaucoup plus favorable que chez les primipares.

La dose optima d'extrait de lobe postérieur paraît être de 0 gr. 20. Néanmoins, dans beaucoup de cas 0.10 ctg. ont suffi et d'autre part il a fallu quelquefois utiliser 0.30 ou 0.40 pour que le résultat devienne décisif. La dose est donc variable et cela se conçoit puisqu'au fond on se propose de lutter contre l'insuffisance hypophysaire des parturientes et que cette insuffisance a certainement des degrés très divers comme toutes les insuffisance endocriniennes connues jusqu'ici (surrénale, ovarienne, etc.). Il appartient donc à l'accoucheur de graduer la médication selon les circonstances.

Ce qui est certain, et ce qui ressort nettement de notre expérimentation clinique, c'est que l'extrait de lobe postérieur d'hypophyse rend les plus grands services dans le traitement de l'inertie utérine.

II. — TRAVAIL RALENTI. — RUPTURE PRÉMATURÉE DES MEMBRANES

Quel que soit d'ailleurs l'intérêt du traitement dans l'inertie utérine secondaire, il est à coup sûr beaucoup plus important de réveiller les contractions utérines lorsque l'œuf est ouvert par suite de la rupture des membranes et risque de s'infecter si des contractions efficaces ne surviennent pas pour provoquer l'expulsion.

Nous avons employé l'extrait hypophysaire dans 18 cas où le travail s'était ralenti ou supprimé; après

la rupture des membranes, nous avons obtenu 16 succès : ces cas comprenaient 11 multipares et 7 primipares.

OBSERVATION XXXXI

Madame E..., I-pare, 23 ans, employée de commerce.

Dernières règles, le 15 janvier 1914.

Premières douleurs, le 23 octobre 1914, à 1 h.

Entrée le 23 octobre 1914 à 8 h., le col étant dilatable comme « 50 cent. ».

A 18 h., la dilatation est de « 1 fr. », les membranes sont rompues, les contractions irrégulières.

Injection sous-cutanée d'une ampoule de Rétropituine.

Effet nul.

Le 24 octobre 3 h., la dilatation est d'un peu moins de « 5 fr. ». Deuxième injection sous-cutanée de Rétropituine : une ampoule. Les douleurs ne deviennent réellement fortes que vers 9 h.

A 11 h., petite paume de main.

A 16 h. 30, la dilatation est complète. Sommet en O. I. D. P.

Les battements du cœur se modifient.

Applications de forceps en O. I. D. P.

Garçon vivant du poids de 3 k. 450 gr.

Délivrance, 10 minutes après : 560 gr.

Rien de spécial dans les suites de couches qui sont excellentes, de même la courbe du poids de l'enfant.

OBSERVATION XXXXII

Madame Y..., 20 ans, S. P. I-pare.

Dernières règles, le 14 octobre 1915.

Premières douleurs, le 19 juillet 1916, à 16 h.

Entrée à la salle de travail le 19 juillet à 16 h. 30, la dilatation étant comme « 2 fr. », les membranes sont rompues depuis 15 minutes. O. I. D. P.

Battements du cœur modifiés à la période d'expulsion.

Le 20 juillet 1916 à 10 h., injection intraveineuse d'une ampoule de Physéine. Les contractions sont plus régulières.

La dilatation est comme une petite paume de main. Le liquide qui s'écoule est comme une purée de méconium.

A 10 h. 20, la dilatation est complète.

A 10 h. 40, on fait une application de forceps en D. P., à cause des modifications des battements du cœur.

Garçon vivant, poids : 3 k. 400 gr.

Délivrance, 30 minutes plus tard, poids : 550 gr.

Suites de couches bonnes.

Courbe de poids de l'enfant régulière.

OBSERVATION XXXXIII

Madame S..., 28 ans, II-pare. S. P.

Dernières règles, le 10 septembre 1915.

Premières douleurs, le 9 juin à 18 h.

Entrée à la salle de travail à 20 h. la dilatation étant comme « 2 fr. ». G. A. Membranes intactes. Battements du cœur perçus à gauche, normaux.

La parturiente a reposé toute la nuit. Pas de contractions. 10 juin, à 9 h. 30, col complètement effacé. Dilatation de « 2 fr. ». Membranes rompues. Battements du cœur perçus.

Injection intraveineuse de 1 c. c. de Physéine Grémy.

Avant l'injection, tension artérielle : 15,7. Pouls : 112.

Après l'injection, tension artérielle : 16/7,5. Pouls : 84 (pendant une douleur).

Une minute après l'injection la parturiente accuse une douleur assez violente, les contractions reviennent toutes les 4 minutes.

La dilatation est complète à 11 h.

Accouchement naturel à 11 h. 30.

Fille vivante, poids : 3 k. 230 gr.

Délivrance naturelle, 20 minutes après. Placenta : 530 gr.

Suite de couches excellentes ainsi que la courbe de poids de l'enfant.

OBSERVATION XXXXIV

Mme T..., 31 ans. S. P. II-pare, 1 accouchement à 7 mois.

Dernières règles, le 16 juillet 1915.

Premières douleurs, le 26 avril 1916, à 9 h. 50.

Entrée de suite à la salle de travail, la dilatation étant comme « 5 fr. ». Les membranes sont rompues depuis le 25 avril à midi. O. I. G. A. Battements du cœur bons. Douleurs nulles.

Tension artérielle : 14/7 $\frac{1}{2}$. Pouls : 84.

Injection intraveineuse d'une ampoule d'hypophyse de Choay.

2 minutes après, première douleur d'intensité moyenne.

A 10 h., même tension, pouls : 72.

Accouchement spontané à 20 h., d'une fille vivante du poids de 3.070 gr.

Délivrance, 15 minutes après, poids : 470 gr.

Suites de couches excellentes.

Courbe de poids de l'enfant médiocre.

OBSERVATION XXXXV

Madame Z..., 40 ans. S. P. VII-pare.

1^{er} enfant mort à 3 mois, en nourrice.

2^e enfant mort à 25 jours, né avant terme (7 mois et demi).

3^e enfant mort à 16 mois, en nourrice.

4^e enfant mort de méningite, à 4 mois, en nourrice.

5^e et 6^e, vivants, âgés de 14 et 15 ans.

Dernières règles, le 3 juillet 1915.

Premières douleurs, le 7 avril 1916, à 5 h.

Entrée à la salle de travail une heure après avec une dilatation de « 1 fr. ». Membranes intactes. G. A. Battements du cœur bons.

A 16 h., les membranes se rompent, col dilatable comme « 1 fr. », pas de douleurs.

A 17 h., injection intraveineuse d'une ampoule d'hypophyse Choay. Les douleurs apparaissent une minute après.

Avant l'injection, pouls : 76. Tens. art. 14/8.

Après l'injection, pouls : 72. Tens. art. 15/8.

A 18 h., dilatation inchangée.

A 20 h., elle est de « 2 fr. ».

A 20 h. 30, dilatation complète.

Douleurs d'abord toutes les 10 minutes; puis toutes les 8 minutes, et toutes les 5 minutes.

Accouchement spontané à 21 h., d'un garçon vivant du poids de 3 k. 150 gr.

Délivrance 1 h. après, poids : 550 gr.

Suites de couches bonnes. Courbe de poids de l'enfant assez régulière.

OBSERVATION XXXXVI

Madame D..., I-pare, 31 ans, ménagère.

Dernières règles, le 15 juin 1915.

Premières douleurs, le 22 mars 1916, à 10 h.

Entre à la salle de travail à 20 h., la dilatation étant comme « 1 fr. », les membranes rompues. Battements du cœur bons.

23 mars, 9 h. 30, injection intraveineuse d'une ampoule d'hypophyse de Choay. Les contractions étaient nulles. Une minute après l'injection, première contraction.

14 h., la dilatation est de « 2 fr. »; les contractions reviennent toutes les 7 minutes jusqu'à 18 h. 30, puis ralentissent.

A 22 h., la dilatation est de « 5 fr. ».

La dilatation est complète le 24 mars à 3 h. 15.

Accouchement spontané à 4 h. 15.

Fille vivante, 3 k. 200 gr.

Délivrance naturelle, 25 minutes après l'accouchement. Placenta : 600 gr.

Suite de couches excellentes. Courbe normale de poids pour l'enfant.

OBSERVATION XXXXVII

Madame K..., 39 ans, couturière. VI-pare, 5 à terme, 2 enfants morts.

Dernières règles, le 15 février 1914.

Premières douleurs, le 15 novembre à 1 h.

Entrée à 1 h. 30, le col étant dilatable comme « 1 fr. ». Sommet en G. A.

11 h., rupture des membranes. Le col est dilaté comme « 2 fr. ». A 13 h. 25, la dilatation est stationnaire. Douleurs faibles et espacées. Injection intraveineuse de 2 ampoules de Rétropituine.

Tension artérielle : 15/8. Pouls : 84.

A 14 h. 45, la dilatation est complète, les douleurs étant devenues subintrantes après l'injection.

Tension artérielle : 16/8 $\frac{1}{2}$. Pouls : 76.

A 14 h. 50, accouchement spontané. Enfant vivant de 3 k. 410 gr.

Délivrance naturelle à 15 h. 15. Placenta : 480 gr.

Suites de couches excellentes, bonne courbe de poids pour l'enfant.

OBSERVATION XXXXVIII

Madame K..., 30 ans, IV-pare, 3 à terme.

Dernières règles en mars 1914.

Premières douleurs, le 17 décembre à 18 h.

Rupture de la poche des eaux dès le début du travail.

Entre le 17 décembre à 20 heures, la dilatation étant de « 2 fr. », le 18 décembre à 7 h. 30, la dilatation est de « 5 fr. ». Tête élevée. Issue de méconium. Douleurs faibles et éloignées.

A 9 h., dilatation manuelle qui amène une dilatation d'une petite paume de main. Le col revient sur lui-même.

A 10 h. 50, injection intraveineuse d'une ampoule de Rétropituine.

Tension artérielle : 15/8 $\frac{1}{2}$. Pouls : 80.

11 h. 10, douleurs plus fortes, mais espacées.

Tension artérielle : 15 $\frac{1}{2}$, 8 $\frac{1}{2}$. Pouls : 72.

Jusqu'à 16 h. 30, douleurs toutes les 8 minutes, d'intensité moyenne.

A 17 h. 30, la dilatation est complète.

Battements du cœur précipités. Issue de méconium. On fait une application de forceps en D. P. Extraction d'un garçon vivant, 3 k. 370 gr.

Délivrance à 18 h. Placenta : 620 gr.

Suites de couches excellentes. Bonne courbe de poids pour l'enfant : 3 k. 600 le 11^e jour.

OBSERVATION XXXIX

Madame H..., I-pare, 21 ans, couturière.

Dernières règles... (?)

Premières douleurs, le 10 octobre, 23 h.

Entrée à la salle de travail le 11 octobre à 5 h., la dilatation étant de « 50 cent. ». Rupture prématurée des membranes 2 h. auparavant. Sommet en D. P. Battements du cœur irréguliers. Issue de méconium. Col épais.

A 10 h. 15, même état. Douleurs nulles. Injection intraveineuse de 2 ampoules de Rétropituine.

Tension artérielle : 15/8 1/2. Pouls : 76.

2 minutes après l'injection, fortes douleurs qui surviennent toutes les 3 minutes, et continuent jusqu'à midi. Ensuite elles s'espacent toutes les 5 minutes, chacune durant d'ailleurs plus d'une minute jusqu'à 16 h. 30. Puis elles s'atténuent de plus en plus.

A 10 h. 45, tension artérielle : 16/9. Pouls : 68.

A 15 h. 30, dilatation de « 5 fr. », mais bords du col toujours épais et durs.

A 17 h., la dilatation est complète.

A 17 h. 25, accouchement spontané d'une fille de 2.800 gr.

A 18 h., délivrance naturelle. Placenta : 550 gr.

Suites de couches excellentes. Courbe de l'enfant excellente.

OBSERVATION L

Madame E..., VIII-pare, 7 à terme.

Dernières règles, en décembre 1914.

Premières douleurs, le 29 septembre 1915, à 12 h.

Entrée à la salle de travail, 2 h. plus tard, la dilatation étant de « 2 fr. ».

La rupture prématurée des membranes s'est produite 5 jours auparavant. Sommet en D. P.

A 16 h. 20, la dilatation est toujours de « 2 fr. », comme à 14 h. Pas de douleurs.

Tension artérielle : 15/7, 5. Pouls : 82.

Injection intraveineuse de 2 ampoules de Rétropituine.

A 16 h. 30 tension artérielle : 16/17,5. Pouls : 68.

Douleurs toutes les 5 minutes durant 1 minute chacune.

A 17 h. 30, douleurs subintrantes.

A 18 h., la dilatation est complète.

A 18 h. 10, accouchement spontané, garçon vivant pesant 4 k. 020 gr.

A 18 h. 20, délivrance naturelle. Placenta : 650 gr.

Suites excellentes pour la mère et l'enfant.

OBSERVATION LI

Madame B..., couturière, 27 ans, IV-pare, 2 à terme, un né à 8 mois.

Dernières règles, le 14 juillet 1914.

Premières douleurs, le 24 janvier à 14 h. Grossesse de 6 mois 3/4. O. I. G. A.

Membranes rompues, 30 h. avant l'accouchement.

Entrée au dortoir le 24 janvier à 15 h., le col étant dilatable comme « 50 cent. ». Ecoulement du liquide amniotique. Pas de douleurs.

A 10 h. 30, injection sous-cutanée d'une ampoule de Rétropituine. Tension artérielle : 14/8. Pouls : 92.

A 12 h., pas de changement.

A 16 h., dilatation entre « 2 fr. et 5 fr. ». Contractions utérines peu intensées. A partir de 17 h., contractions utérines violentes et rapprochées.

A 19 h. 30, accouchement spontané. Garçon débile de 1.815 gr.

A 19 h. 50, délivrance naturelle. Placenta : 430 gr.

Suites de couches excellentes. Enfant mis en couveuse, etc. Sort en bon état 13 jours après, pesant 1.800 gr.

OBSERVATION LII

Madame F.-L..., I-pare, 26 ans. Tailleur.

Dernières règles, le 20 août 1914.

Premières douleurs, le 18 mai 1915, à 20 h.

Entrée à la salle de travail à 8 h.

Dilatation à l'entrée : col perméable au doigt. Rupture prématurée des membranes, le 18 mai à 12 h.

A 20 h., dilatation de « 1 fr. ». La dilatation reste stationnaire du 18 au 20 mai. Injection sous-cutanée d'une ampoule de Rétropituine. Etat stationnaire. Tension artérielle avant et après l'injection : 14/8. Pouls : 92.

A 10 h., injection intraveineuse d'une ampoule de Rétropi-tuine. Contractions douloureuses rapprochées et fortes jusqu'à midi.

Tension artérielle : 15/8, 5. Pouls : 96. La dilatation devient d'une petite paume.

Etat stationnaire depuis, malgré un bain de 15 à 16 h.

Le 21 mai à 6 h. 30, application du forceps en G. A.

Enfant ranimé de 2.650 gr.

Délivrance une demi-heure après. Placenta : 410 gr.

A sa sortie, le 9 juin, l'enfant pèse 2.930 gr.

OBSERVATION LIII

Madame S..., 28 ans, gouvernante. II-pare, 1^{re} grossesse, avortement de 4 mois.

Dernières règles, le 3 juillet 1915.

Premières douleurs le 8 avril 1916 à 10 h. 25.

Entrée à la salle de travail à 10 h. 30, la dilatation étant de « 1 fr. ». Les membranes s'étaient rompues prématurément le 7 avril à 7 h.

O. I. G. A. Battements du cœur bons.

Douleurs nulles.

Tension artérielle : 11,5, 7,5. Pouls : 86.

Injection intraveineuse d'une ampoule d'hypophyse de Choay.

A 10 h. 40, pouls : 58. Tension artérielle : 13/8, 5.

Une douleur assez forte après l'injection. Tête profondément engagée. Col souple.

A 11 h. 40, la dilatation est complète.

Douleurs toutes les 2 minutes depuis l'injection. La malade refusant de pousser, malgré les douleurs qui sont très fortes, on fait une application de forceps en O. I. G. A. Fille vivante de 3 k. 200 gr.

Délivrance, 15 minutes plus tard. Placenta : 630 gr.

Suites de couches excellentes ainsi que la courbe de poids de l'enfant.

OBSERVATION LIV

Madame D..., 32 ans, ménagère, I-pare.

Dernières règles, le 13 mai 1915.

Premières douleurs, le 4 mars 1916 à 12 h. 15.

Entrée à la salle de travail le 4 mars à 9 h. 30, avec une dilatation comme « 1 fr. ». Les membranes se sont rompues avant le début du travail. G. A. Battements du cœur irréguliers. Pas de douleurs jusqu'à 17 h. Puis douleurs modérées toutes les 7 minutes.

Injection sous-cutanée de 1 c. c. de Physéine.

Tension artérielle avant l'injection : 16/9. Pouls : 92.

Les douleurs se rapprochent toutes les 4 minutes, elles deviennent plus fortes et plus prolongées.

A 19 h. 30, dilatation d'une petite paume de main.

A 21 h., dilatation complète.

On fait une application de forceps en raison de l'état des battements du cœur. Sommet O. P.

Pendant l'extraction, injection sous-cutanée de 1 c. c. de Physéine.

Tension artérielle après l'accouchement : 17/8,5. Pouls : 100.

Extraction d'un garçon vivant, du poids de 3 k. 750 gr.

Délivrance, 10 minutes après. Placenta : 600 gr.

Suites de couches très bonnes ainsi que la courbe de poids de l'enfant.

OBSERVATION LV

Madame B..., 40 ans. V-pare, 4 à terme.

Dernières règles, mars 1914.

Premières douleurs, le 17 décembre à 10 h.

Entrée 2 h. plus tard, la dilatation étant de « 1 fr. ». Rupture prématurée des membranes le 17 décembre à 18 heures. Le 19 décembre à 22 h. 30, on injecte 1 c. c. de Rétropituine sous-cutanée.

Tension artérielle avant et après l'injection : 15/8. Pouls avant et après : 86.

Petites douleurs la nuit. La dilatation reste de « 5 fr. ».

Le 20 décembre, 10 h. 10, injection intraveineuse d'une ampoule de Rétropituine. Les douleurs deviennent plus fortes pendant une demi-heure, puis s'espacent.

12 h., la dilatation est d'un peu plus de « 5 fr. ». Deuxième injection intraveineuse d'une ampoule de Rétropituine.

Tension artérielle :

Pouls :

A 10 h. 15/8.

84

A 12 h. 15,5/8.

82

A 15 h. 16,5/8.

84

Douleurs d'intensité moyenne toutes les 5 minutes.

Accouchement spontané à 18 h. Garçon de 3 k. 650 gr.

Délivrance à 18 h. 15. Placenta : 650 gr.

Suites de couches excellentes.

OBSERVATION LVI

Madame W... 26 ans, ménagère. III-pare. 1^{er} enfant mort de coqueluche à 3 mois; 2^e enfant mort en nourrice.

Dernières règles, le 23 octobre 1915.

Premières douleurs, le 22 juillet 1916 à 10 h. 30.

Entrée à la salle de travail le 22 juillet à 7 h. le col étant perméable.

Les membranes se sont rompues le 22 juillet à 4 h. O. I. G. A. Battements du cœur bons. Douleurs nulles.

A 10 h. 30, même état. Injection sous-cutanée d'une ampoule et demie d'hypophysine de Choay.

Tension artérielle : 14,5/8. — Pouls : 92.

Dix minutes après l'injection, douleurs assez fortes revenant toutes les 5 minutes.

A 12 h. 30, tension artérielle : 15/8. — Pouls : 88. Bonnes douleurs.

A 15 h. 40, la dilatation est complète.

A 16 h., accouchement spontané d'une fille vivante du poids de 3.480 gr.

Délivrance 20 minutes après. Placenta : 410 gr.

Suites de couches bonnes ainsi que la courbe de l'enfant.

OBSERVATION LVII

Madame S... 24 ans, ménagère. IV-pare : 2 à terme; 2 avant terme, dont un vivant et un mort au huitième mois.

Dernières règles, le 1^{er} janvier 1916.

Premières douleurs, le 1^{er} octobre 1916 à 11 h. 30.

Entrée à la salle de travail le 1^{er} octobre à 16 h. le col étant dilatable comme « 1 fr. »; les membranes se sont rompues le 1^{er} octobre à 18 heures.

Le 2 octobre 1916, à 11 h., col dilatable comme « 2 fr. » très épais. Etat stationnaire depuis le 1^{er} octobre à 18 h. Petites douleurs.

A 11 h., tension artérielle : 12/6. 5. — Pouls : 58.

Injection intraveineuse de trois quarts d'ampoule de Phylsène. Vertige, pâleur, tout de suite après la piqure.

Tension artérielle : 12,5, 6,5. — Pouls : 58.

Douleurs assez violentes toutes les 3 minutes. La tête mal engagée tend à descendre.

A 11 h. 30, dilatation toujours la même.

3 octobre, 11 h., la tête s'engage lentement, légère infiltration du col qui est dilatable comme « 5 fr. ». Battements du cœur un peu précipités, injection de 2 c. c. d'huile camphrée, bain d'une heure.

A 16 h., travail stationnaire; 2 c. c. d'huile camphrée. Bain. Battements du cœur précipités.

22 h. La tête continue à s'engager, mais toujours lentement. La dilatation reste sensiblement la même. On fait 4 c. c.

d'huile camphrée, injections chaudes toutes les heures à la liqueur de Labarraque. Battements du cœur précipités. Douleurs toutes les 5 minutes.

Le 3 octobre, à 23 h. la dilatation étant comme une paume de main, on fait une application de forceps en D. P. Dégagement en O. P.

Extraction d'une fille vivante du poids de 2 k. 550.

Délivrance 30 minutes plus tard. Placenta : 320 gr.

Suites de couches bonnes. Courbe de poids de l'enfant régulière.

OBSERVATION LVIII

Madame T... I-pare. 23 ans.

Grossesse à terme. Sommet en G. A.

2 mars 1917, à 15 h. 25, col dilatable comme « 50 cent. ».

Membranes rompues. Pas de contractions. Injection sous-cutanée de 1 c. c. de Physéine.

A partir de 15 h. 55, contractions fortes et régulières toutes les 5 minutes.

A 19 h., dilatation de « 5 fr. ».

A 22 h., dilatation complète.

A 22 h. 30, accouchement spontané; fille vivante de 2.360 gr.

Délivrance naturelle à 23 h. Placenta : 480 gr.

OBSERVATIONS LVIII Bis

Madame L... 28 ans, plumassière. II-pare. 1 à terme.

Dernières règles, le 3 octobre 1916.

Présentation : O. I. G. A.

Le 26 juin 1917, à 15 h., rupture de la poche des eaux sans douleurs. Col dilatable comme « 1 fr. ». Rétrocession du travail.

Le lendemain, à 10 h. 30, col complètement fermé. Douleurs nulles. Injection sous-cutanée d'une ampoule de Physéine.

Dix minutes après l'injection, douleurs toutes les 5 minutes.

A 11 h., la dilatation est de « 5 fr. »; à 12 h. 20 la dilatation est complète.

A 12 h. 45, expulsion spontanée d'un garçon vivant, poids 3 k. 515 gr.

Délivrance 45 minutes après. Placenta : 520 gr.

L'extrait hypophysaire est donc particulièrement efficace et utile au cours du travail ralenti, lorsque les membranes sont rompues. Les remarques que nous

avons faites à propos de son emploi dans l'inertie utérine peuvent se répéter ici. L'action est plus rapide chez les multipares que chez les primipares, surtout par introduction vasculaire du médicament, mais somme toute, on peut obtenir avec la Physéine par voie sous-cutanée, les mêmes résultats qu'avec la Rétropituine par voie veineuse.

La proportion de succès que nous avons constatés est du même ordre que celle qui est relatée par Vaysières dans sa Thèse (12 succès sur 16 cas). Elle confirme les résultats rapportés par Flateau, par Schirmer, Schiffmann, Schneider-Sievers, Weymeersch, Commandeur et Devin, etc., qui accusent dans l'ensemble le succès dans les deux tiers des cas. Nous n'avons pas observé, comme Hofbauer l'a dit, que l'extrait d'hypophyse agisse d'autant mieux qu'il est injecté plus près du moment où les membranes se sont rompues; Vayssières ne l'a pas constaté non plus. Il y a néanmoins grand avantage à ne pas retarder l'injection hypophysaire lorsque les membranes sont rompues et que l'utérus est plus ou moins inerte, car plus vite on agira et moins il y aura de chances d'infection. C'est l'indication particulière de l'hypophyse dans cet ordre de faits.

III. — PRÉSENTATIONS VICIEUSES

Nous avons eu l'occasion d'expérimenter l'extrait hypophysaire dans 9 cas de présentations vicieuses : 4 présentations de la face et 5 du siège.

Voici nos observations :

A. — *Présentations de la face.*

OBSERVATION LIX

Madame S... I-pare. 30 ans. S. P.

Dernières règles, le 18 janvier 1915.

Premières douleurs, le 25 octobre 1915 à 0 h. 30.

Entrée à la salle de travail le 25 octobre à 2 h., la dilatation étant de « 1 fr. ».

La dilatation est complète à 9 h. 45.

Rupture prématurée des membranes le 23 octobre à 23 h.

Présentation : Face en M. I. G. A.

La femme a des douleurs régulières jusqu'à la dilatation complète. Puis, vers 10 h. la rotation se fait en M. P. Les douleurs s'espacent et deviennent faibles.

Injection intraveineuse de 2 ampoules de Rétropituite.

2 minutes après, douleurs fortes survenant toutes les 3 minutes.

A 10 h. 30, accouchement spontané d'une fille débile de 2.480 gr.

Tension artérielle avant l'injection : 17/8,5. — Pouls : 94.

Tension artérielle après l'injection : 19/9,5. — Pouls : 80.

Délivrance spontanée à 10 h. 50. — Placenta : 480 gr.

Suites de couches excellentes.

OBSERVATION LX

Madame R... I-pare.

Dernières règles...?

Premières douleurs, le 16 septembre 1914 à 5 h.

Présentation de la Face M. I. D. P.

Entre à la salle à 8 h., la dilatation est de « 5 fr. ».

A 16 h. 55, les douleurs sont faibles, mais régulières. La dilatation est d'une petite paume de main. La lèvre antérieure du col est épaisse. On injecte dans la veine 1 c. c. de Rétropituite.

Tension artérielle : 14/8. — Pouls : 82.

A 17 h. 30, douleurs plus fortes.

Tension artérielle : 14,5/8. Pouls : 82.

19 h. 30, dilatation complète.

A 20 h., accouchement spontané d'un garçon vivant pesant 3.300 gr.

Délivrance à 20 h. 30 naturelle. Placenta : 600 gr.

OBSERVATION LXI

Madame T... 29 ans, ménagère. II-pare.

Dernières règles, le 29 septembre 1915.

Premières douleurs, le 29 juin 1916 à 5 h.

Entre à la salle de travail une heure et demie plus tard, la dilatation étant de « 2 fr. ». Face en M. I. G. A.

A 15 h. 10, la face est encore élevée, les contractions sont espacées et peu marquées. La dilatation est d'une petite paume de main.

Injection sous-cutanée d'une ampoule de Physéine (1 c. c.). Cinq minutes après l'injection les douleurs reviennent régulièrement toutes les 4 minutes. Une demi-heure après l'injection, accouchement spontané d'un garçon vivant. Poids : 3.600 gr.

Délivrance naturelle et complète une demi-heure plus tard.
— Placenta : 550 gr.

Rien à signaler pendant les suites de couches.

OBSERVATION LXII

Madame G... 29 ans, photographe. II-pare. 1 à 2 mois et demi.

Dernières règles, juillet 1916.

Premières douleurs, le 27 mars 1917, à midi.

Entre à la Maternité le lendemain à 8 h. la dilatation étant d'une grande paume de main.

Présentation de la Face en M. I. G. A.

A 9 h., la dilatation est complète.

A 9 h. 25, l'enfant rend son méconium. Injection intraveineuse de Physéine (1 dose dans 5 c. c.).

5 minutes après l'injection, accouchement spontané. Garçon vivant de 3 k. 020 gr.

Délivrance naturelle une demi-heure après. Placenta : 600 gr.

Suites de couches excellentes.

Donc, 4 succès, deux avec la Rétropitiue et deux avec la Physéine. Il est à remarquer que dans les observations 61 et 62 le résultat a été obtenu en une demi-heure (injection sous-cutanée) et en 5 minutes (injection intraveineuse) avec la Physéine.

B) — *Présentations du siège.*

OBSERVATION LXIII

Madame E... 40 ans. IX-pare. Couturière.

Dernières règles, le 2 février 1914.

Premières douleurs, le 7 novembre 1914, à 18 h.

Entrée le même jour à 21 h. la dilatation étant de « 1 fr. »

S. I. D. P. Siège complet. Les membranes sont rompues. Les

douleurs sont peu fréquentes et cessent pour ainsi dire jusqu'au 8 novembre à 9 h. 30.

A ce moment injection intraveineuse d'une ampoule de Rétropituine. Immédiatement après, la parturiente a des contractions subintrantes.

Dilatation de « 5 fr. » à 10 h.

A 11 h., injection intraveineuse d'une seconde ampoule, les douleurs semblent se ralentir. La dilatation est d'une petite paume de main.

A 12 h., dilatation complète.

Tension artérielle à 9 h. 30 : 15/8. — Pouls : 82.

Tension artérielle à 12 h. : 17/9. — Pouls : 68.

A 12 h. 30, accouchement spontané. Garçon de 3 k. 700 gr.

Délivrance à 12 h. 50. — Placenta : 750 gr.

Suites de couches excellentes.

OBSERVATION LXIV

Madame K... 31 ans. I-pare.

Dernières règles... (?)

Premières douleurs, le 13 décembre 1914 à 18 h.

Entrée à la salle d'accouchement le 14 décembre à 8 h. 30, la dilatation étant d'une petite paume de main.

La rupture prématurée de la poche des eaux s'est produite le 14 décembre à 3 h. Siège complet.

A 7 h. 40, injection intraveineuse d'une ampoule de Rétropituine.

Tension artérielle : 15/9. Pouls : 80.

Après l'injection les contractions qui étaient moyennes deviennent subintrantes.

A 8 h., tension artérielle : 16/9. — Pouls : 72, la dilatation est complète.

A 8 h. 30, extraction d'un fœtus de 2.650 gr. masculin.

A 8 h. 50, délivrance naturelle. — Placenta 500 gr.

Suites de couches excellentes. Courbe du poids de l'enfant excellente aussi.

OBSERVATION LXV

Madame E... 35 ans. III-pare. — 1^{er} Accouchement à 6 mois. 2^e à 7 mois. (Syphilis.)

Dernières règles, le 1^{er} avril 1914.

Premières douleurs, le 12 janvier 1915 à 5 h.

Entre le même jour à 7 h. la dilatation étant de « 5 fr. ».

Siège décomplété, mode des fesses. S.I.D.P.

A 10 h. 15, injection sous-cutanée de 1 c. c. de Rétropituine, la dilatation étant comme une petite paume de main.

Tension artérielle avant l'injection : 15/8. — Pouls : 86.

Tension artérielle après l'injection : 16/8. — Pouls : 72.

A 12 h., la dilatation est complète.

Extraction d'une fille vivante de 2 k. 500 gr.

Délivrance à 12 h. 25. Placenta : 650 gr.

La mère a eu 3 injections de Neo-Salvarsan (0 gr. 45) pendant la grossesse.

L'enfant, qui, à l'examen, après la naissance, n'a présenté rien de spécial, a le deuxième jour du coryza, des convulsions. Frictions mercurielles. Couveuse depuis la naissance. Meurt le troisième jour.

Quant à la mère, suites de couches excellentes.

OBSERVATION LXVI

Madame T... II-pare. 24 ans. A eu la variole à l'âge de 6 ans. 1^{er} enfant mort au cours du travail.

Présentation du siège.

Dernières règles, juin 1914.

Premières douleurs, le 11 mars 1915 à 4 h.

Entrée le 11 mars à 7 h. la dilatation étant complète. Présentation siège décomplété, mode des fesses S. I. D. P.

A 8 h. 18, injection intraveineuse de 2 ampoules de Rétro-pituite.

Tension artérielle : 15/8. — Pouls : 80.

A 8 h. 25, tension artérielle : 16/8. — Pouls : 68.

Accouchement normal du siège. Le placenta vient derrière la tête pendant une contraction très violente.

Délivrance complète. Poids : 610 gr.

L'enfant, fille vivante, pèse 3 k. 250 gr.

Suites de couches excellentes.

OBSERVATION LXVII

Madame L... I-pare. 25 ans, cartonnière.

Dernières règles, le 4 août 1916.

Premières douleurs, le 8 mai 1917, à 4 h.

Entre à la salle de travail à 8 h., le col étant dilatable comme « 2 fr. ». Siège décomplété mode de fesses. 14 heures. dilatation : « 5 fr. ». Injection sous-cutanée de 2 ampoules de Physéine Grémy.

La dilatation est complète à 17 h. 15.

Accouchement spontané à 18 h. Poids du garçon vivant 3 k. 710 gr.

Délivrance 20 minutes plus tard; poids : 540 gr.

Aussitôt après inertie utérine, et hémorragie de la délivrance.

Une injection à 50° n'arrête pas l'hémorragie. L'injection sous-cutanée d'une ampoule de Physéine arrête l'hémorragie. Serum artificiel 850 cc. huile camphrée.

Sort en bon état le 11^e jour après l'accouchement.

Les présentations du siège nous ont donc donné 5 succès sur 5 cas. Dans un délai qui a été de 7 minutes (obs. 66) à 4 h. (obs. 67) l'accouchement s'est produit dans de bonnes conditions.

Nous pouvons donc conclure que l'extrait hypophysaire rend, par voie veineuse aussi bien que sous-cutanée, des services tout à fait éminents dans les cas de présentation vicieuse et évite presque sûrement les applications de forceps.

IV. — GROSSESSE GÉMELLAIRE.

Nous n'avons ici que deux observations :

OBSERVATION LXVIII

Madame D... I-pare. 22 ans.

Dernières règles, le 15 novembre 1914. Ne connaît pas l'âge où elle a fait ses premiers pas.

Premières douleurs, le 26 août 1915 à 10 h.

Entre à la salle à 22 h. le même jour, la dilatation étant de « 50 cent. ». A perdu les eaux prématurément au début du travail.

Grossesse gémellaire. Promontoire accessible.

Le 27 août, à 9 h., dilatation de « 5 fr. ». Petites douleurs. On injecte une demi-ampoule (intraveineuse) de Rétropituine.

Les douleurs semblent devenir plus fortes, mais il est difficile de s'en rendre compte exactement, car la femme crie tout le temps.

A 11 h. 5, dilatation comme une petite paume. On injecte une demi-ampoule (intraveineuse) de Rétropituine.

A 11 h. 30, la dilatation est complète.

A 12 h., 3^e injection intraveineuse d'une demi-ampoule de Rétropituine.

A 12 h. 10, extraction du premier enfant : Siège S. I. D. P. Poids : 2.100 gr.

A 12 h. 30, la femme ne pousse pas malgré de fortes douleurs. Forceps en O. I. G. A.

Deuxième jumeau (2 garçons) : 2.380 gr.

A 12 h. 40, délivrance naturelle : 930 gr.

Suites de couches excellentes. Grossesse bivitelline. Courbe excellente pour les deux enfants.

OBSERVATION I XIX

Madame G., 23 ans. I-pare. Grossesse gémellaire.

Dernières règles... (?)

Premières douleurs, le 4 octobre 1915, à 8 h.

Entre à la salle le 4 octobre à 10 h. la dilatation étant de « 2 fr. ». Petites douleurs.

Le 5 octobre à 10 h. 45 la dilatation est de « 5 fr. ».

Injection intraveineuse de 2 ampoules de Rétropituine.

Tension artérielle : 14,5/7. — Pouls : 94.

A 10 h. 55, tension artérielle : 15, 5/7. — Pouls : 88.

Les contractions utérines semblent irrégulières et peu intenses, mais à 11 h. 30 la dilatation est d'une petite paume de main.

A 12 h. la dilatation est complète.

A 12 h. 40, la femme crie mais ne pousse pas; application de forceps en D. P..

Garçon vivant de 2.520 gr. Le deuxième se présente en G. A.

A 13 h. rupture artificielle d'une 2^e poche des eaux. Le 2^e jumeau apparaît à la vulve : 2.230 gr.

Placenta (grossesse bivitelline) : 900 gr. à 13 h. 10.

Le 11 octobre, la malade ayant, depuis le 8 octobre, 38° le soir, on lui fait un curettage, ramenant quelques débris placentaires.

Au réveil de la parturiente, après la chloroformisation, crise hystérique. Deuxième crise le soir. On note dans les antécédents de la malade, six ans avant son accouchement, une crise de folie (?) pour laquelle elle aurait été enfermée dans une maison de santé pendant quelques semaines. Elle quitte l'hôpital le 21^e jour en bon état.

Les deux jumeaux sont mis dans une couveuse. On fait à tous les deux du sérum de Quinton, mais le 2^e jumeau meurt le 12 octobre. Son poids avant la mort : 1.860 gr.

Le premier jumeau sort en bon état le 26 octobre : pèse 2.800 gr.

Revenu depuis à la consultation des nourrissons, va très bien.

Ce sont, en somme, deux insuccès, mais qui demandent à être interprétés. Dans l'observation 68, il est de toute évidence que les doses d'extrait hypophysaire ont été insuffisantes; tout porte à croire que si, au lieu de 3 injections d'une demi-ampoule, on avait injecté deux ampoules de Rétropituine (0.20 ctgr., dose optima) le résultat aurait été meilleur.

Dans l'observation 69, nous avons été amenée à faire une application de forceps, non pas à cause de l'inactivité du produit, mais en raison de la mauvaise volonté de la parturiente qui se refusait à profiter de ses douleurs pour pousser. Il ne s'agit donc pas d'échecs absolus, mais de résultats que les circonstances ont rendus insuffisants. Le cas échéant, nous ferons de nouveau confiance à l'extrait hypophysaire dans les autres grossesses gémellaires que nous aurons l'occasion de traiter, mais en utilisant des doses meilleures.

V. — BASSINS VICIÉS

L'épreuve de l'extrait hypophysaire dans les bassins viciés présente un intérêt tout spécial, du fait que l'emploi de cette médication dans ces circonstances a été très discuté par les auteurs et que certains d'entre eux considèrent les viciations pelviennes comme une contre-indication formelle au traitement.

Les faits que nous avons pu recueillir sont les suivants :

OBSERVATION LXX

Madame K... Primipare, 20 ans. Sans profession.

Bassin rétréci. Promontoire accessible. Pas de renseignements sur la date des premiers pas.

Dernières règles, octobre 1914.

Premières douleurs, le 30 juin 1915, à 8 h.

Entrée à la salle d'accouchement à 10 h.

Dilatation du diamètre d'une pièce de cinq francs.

A 17 h., la dilatation a peu augmenté et équivaut à une petite paume de main.

Poche des eaux très volumineuse, tête non engagée.

Injection sous-cutanée de 1 c. c. de Rétropituïne.

Tension artérielle : 14,5/7, avant l'injection. Pouls : 80 avant et après l'injection.

Injection intraveineuse d'une ampoule de Rétropituïne.

Les contractions deviennent subinrantes.

A 17 h. 15 la dilatation est complète.

A 17 h. 45 la poche des eaux se rompt et la tête apparaît à la vulve.

Accouchement : garçon vivant de 2.750 gr.

Délivrance naturelle à 18 h. 15. Placenta : 650 gr.

Suites de couches sans incident. L'enfant suit une courbe de poids moyenne.

OBSERVATION LXXI

Madame V... 25 ans, ménagère.

Réglée à 14 ans.

Bassin légèrement rétréci. Promontoire accessible.

Dernières règles, le 11 juin 1914.

Premières douleurs, le 22 mars 1915 à 20 h.

Entrée à la salle à 21 h. la dilatation étant de « 1 fr. ». Sommet en G. T.

Le 23 mars à 8 h. 30, la dilatation semblant complète, on rompt les membranes, une grande quantité de liquide s'écoule. La tête qui était élevée s'engage, mais le col revient sur lui-même et de nouveau la dilatation n'est plus que de « 1 fr. ». Bruits du cœur fœtal bons.

Injection intraveineuse d'une ampoule de Rétropituïne.

Tension artérielle : 15/7,5. — Pouls : 76.

A 10 h., dilatation complète. Tension artérielle : 16/8. — Pouls : 68.

A 10 h. 30, accouchement spontané, fille de 3.580 gr.

Délivrance naturelle à 11 h. — Placenta : 650 gr.

Suites de couches et développement de l'enfant normaux.

OBSERVATION LXXII

Madame R... 39 ans, boulangère, 8 enfants : 7 à terme avec enfants vivants, le dernier à terme, mais enfant trop gros, mort-né. Neuvième grossesse.

Bassin rétréci, promontoire accessible.

Dernières règles, février 1915.

Premières douleurs, le 11 novembre à 19 h.

Entre à la salle; dilatation de « 1 fr. ».

Rupture prématurée des membranes au début du travail.

A 22 h. 30, col dilatable comme « 2 fr. ». Bruits du cœur bons.

Tension artérielle : 15/7. — Pouls : 92.

Douleurs nulles. Injection intraveineuse de 2 ampoules de Rétropituite.

Deux minutes après les douleurs apparaissent, la première est très violente, les suivantes sont un peu moins fortes.

Dix minutes après l'injection : Tension artérielle : 16/7. — Pouls : 92.

Les douleurs continuent toutes les 6 minutes jusqu'à 1 h. du matin.

Le 12 novembre à 10 h. 30, elles ont cessé. Col dans le même état « 2 fr. ». On fait de la dilatation manuelle et on obtient « 5 fr. ».

Nouvelle injection intraveineuse de deux ampoules de Rétropituite. Tension : 16,5/10. — Pouls : 108.

Après l'injection : Tension 17,5/10. — Pouls : 92.

Douleurs assez intenses pendant 20 minutes, puis elles s'affaiblissent et s'espacent jusqu'à 13 heures. Dilatation stationnaire « 2 fr. ».

Le 13 novembre, à 1 h., sous l'influence des douleurs qui avaient persisté depuis la veille, la dilatation est complète. Bruits du cœur fœtal non perceptibles. Injection intraveineuse de 2 ampoules de Rétropituite. Douleurs vives, mais la femme est épuisée. Application de forceps en G. A.

Fille morte de 4 k. 770. — Diamètre bis-acromial : 0,17 cm.

Délivrance à 2 h. : 850 gr., la caduque manque.

Le 15 novembre : 40°2. Curetage.

Le 19 novembre, température normale; la malade sort guérie le 27 novembre.

OBSERVATION LXXIII

Madame B... 33 ans. IV-pare.

1^{er} accouchement, forceps, enfant mort à 8 mois.

2^e accouchement, spontané, enfant vivant.

3^e accouchement, sous chloroforme, enfant vivant.

Dernières règles, le 3 avril 1915.

Premières douleurs le 6 janvier 1916, à 18 h.

Entre à la salle le 7 à 9 h. du matin, le col présentant une dilatation de « 2 fr. ». Rupture prématurée des membranes au début du travail. Sommet en G. A., engagé. Bassin rétréci.

A l'examen de la femme on constate : Taille 1 mètre 34; prognathisme assez accentué; sternum coudé; légère intumescence des articulations chondro-sternales, thorax court dans l'ensemble; colonne vertébrale et abdomen, normaux; pelvimétrie externe; bi-épineux : 22 cm.; bi-crête : 23,5 cm.

épine iliaque postérieure et supérieure : 16,5; bi-ischiatique; 8; pelvimétrie interne; promontoire accessible au loin; face antérieure du sacrum accessible dans toute son étendue ainsi que la ligne innominée; épines sciatiques très saillantes; diamètre sous-sacro sous-pubien interne : 10 cm.

Le 7 janvier, à 11 h. 15, col dilatable comme « 2 fr. ». Douleurs nulles.

Tension artérielle : 11,5/6. — Pouls : 96.

Injection intraveineuse de 1 c. c. et demi de Rétropituine.

A 11 h. 45, tension artérielle : 13,5/6,5. — Pouls : 84.

Contractions faibles. A 14 h., nouvelle injection intraveineuse de 2 c. c. de Rétropituine.

Tension artérielle : 12,5/6,5. — Pouls : 84.

Les contractions se réveillent et se rythment régulièrement de 5 en 5 minutes. On remarque que pendant la contraction la tension artérielle est de 14,5 tandis qu'après elle est de 12,5/6,5. Pouls : 80.

A 15 h. les contractions s'affaiblissent.

A 16 h. 20, nouvelle injection sous-cutanée de 2 c. c. de Rétropituine. Les battements du cœur sont irréguliers, l'enfant rend du méconium.

Vers 17 h. 30, les douleurs reviennent régulières et fortes. toutes les 4 minutes.

A 19 h. 30, la dilatation est complète. Les bruits du cœur se précipitant de plus en plus, je fais une application de forceps en G. A.

Garçon vivant de 3 k. 050 gr.

Dix minutes après, délivrance : 470 gr.

Suites de couches normales. Développement de l'enfant normal aussi.

OBSERVATION LXIV

Madame D... 32 ans. S. P. II-pare.

Premier accouchement : forceps sur un enfant mort, durée 5 jours. Bassin généralement rétréci.

Dernières règles, le 3 septembre 1916.

Accouchement provoqué le 24 mai 1917 à 11 h. Pose de sondes molles par le Docteur Laskine. Hémorragie. On les retire. Ballon de Champetier de Ribes.

A 11 h. 30, injection intraveineuse de Physéine (1 dose dans 5 c. c.).

Le 25 mai, à 5 h., c'est-à-dire, 17 h. après l'injection et la pose du ballon, la dilatation est de « 5 fr. ». Le ballon est dans le vagin. La tête est mobile en O. I. D. T.

Physéine sous-cutanée, 1 ampoule de 1 c. c.

Toutes les deux minutes, pendant une heure, il se produit de bonnes douleurs.

A 18 h. nouvelle injection sous-cutanée de 1 c. c. de Physéine sans résultat.

Le lendemain, c'est-à-dire le 26 mai à 10 h., nouvelle pose d'un ballon plus grand et nouvelle injection intraveineuse d'une dose de Physéine diluée dans 5 c. c.

A 18 h. 15, c'est-à-dire 8 h. environ après la dernière injection, la dilatation est d'une petite paume de main.

Nouvelle injection intraveineuse d'une ampoule de Physéine diluée.

La femme semblant être très fatiguée, on fait de la dilatation manuelle.

La dilatation est complète à 18 h. On rompt la poche des eaux et on essaie sans succès de faire une application de forceps. La tête semble enclavée et ne bouge pas.

A 19 h., le docteur Laskine fait sous chloroforme, des tentatives d'application de forceps, mais en vain. La femme présente des troubles généraux graves : phénomènes syncopaux, pâleur, plus de pouls, température rectale : 34°5.

On pense à une rupture utérine provoquée par l'extrait hypophysaire chez une femme à bassin rétréci avec disproportion entre les parties fœtales et le bassin de la mère.

Sérum physiologique intraveineux et sous-cutané, huile camphrée, spartéine, éther, oxygène sous-cutané, position déclive, etc. La syncope persiste. On pratique *in extremis* une césarienne au cours de laquelle la femme meurt.

On constate qu'il n'y a aucune hémorragie interne, *aucune rupture utérine*, et on extrait un enfant mort de 3.450 gr. Placenta : 660 gr.

Sur cinq cas, nous avons eu deux succès, un résultat insuffisant et deux échecs. Ces deux échecs ne semblent pas ressortir de la non-activité de l'extrait hypophysaire qui a donné ce qu'il a pu, mais de la dystocie osseuse, seule responsable. Les doses multipliées, exceptionnelles (6 doses : obs. 72 — 5 doses : obs. 74) d'extrait hypophysaire auxquelles nous avons eu recours ont été impuissantes à forcer le passage de la tête à travers le détroit pelvien trop petit : c'est une question de pure mécanique.

Notons tout spécialement que dans l'observation 74 on avait porté le diagnostic de rupture utérine, diagnostic que la laparotomie a permis de démentir entièrement; malgré les apparences cliniques l'utérus était intact.

Cette constatation est intéressante, car un certain nombre d'auteurs ont exprimé la crainte de voir se produire des ruptures utérines sous l'influence de la médication hypophysaire au cours de l'accouchement or nous avons employé, dans ce cas, par voie sous-cutanée ou intraveineuse, 1 gramme au total de l'extrait le plus actif que nous ayons jusqu'ici expérimenté. La crainte de la rupture utérine nous paraît donc devoir être écartée de l'horizon de la thérapeutique hypophysaire en obstétrique.

En somme, la question essentielle, dans le cas de bassins viciés, est d'apprécier la disproportion qui existe entre la tête fœtale et la ceinture pelvienne; si cette disproportion n'est pas trop grande, l'opothérapie pituitaire sera utile et efficace, si au contraire l'anneau osseux est beaucoup trop petit, il ne faut rien en attendre et on se résoudra à employer les moyens extrêmes.

VI. — HÉMORRAGIES AU COURS DU TRAVAIL

Les différents cas où nous sommes intervenus sont les suivants :

OBSERVATION LXXV.

Décollement du placenta normalement inséré

Madame H... 24 ans, couturière. I-pare.

Dernières règles, le 14 mars 1915.

Premières douleurs, le 27 décembre à 22 h.

Entrée immédiatement. Le col est en voie d'effacement : sommet en G. A., bruits du cœur sourds, utérus d'une dureté ligneuse au palper.

La parturiente prétend avoir perdu du sang au 8^e mois de la grossesse sans douleurs.

Le 28 décembre à 9 h. écoulement de sang liquide et expulsion de caillots. Col dilatable comme « 50 cent. ». Utérus ligneux.

On fait une dilatation manuelle du col et on obtient le diamètre de « 5 fr. ».

A 10 h. 15, rupture artificielle des membranes; issue de méconium. Bruits du cœur fœtal précipités et sourds.

A 10 h. 45, injection intraveineuse d'une ampoule et demie de Rétropituine.

Tension artérielle : 13/8. — Pouls : 108.

Douleurs plus fortes toutes les 5 minutes. La parturiente ne perd plus.

A 11 h. 10, le docteur Laskine continue la dilatation manuelle; issue de sang et de méconium. Le col revient sur lui-même, la dilatation n'est plus que de « 1 fr. ».

Tension artérielle : 14,5/9. — Pouls : 96.

Bruits du cœur non perceptibles.

Pendant toute la durée de l'après-midi, très fortes douleurs sans hémorragie.

A 19 h., la tête apparaît à la vulve; les bruits du cœur sont absents.

Accouchement, fille morte de 2 k. 850 gr. Après la sortie de la tête, expulsion de caillots.

Délivrance artificielle. Placenta : 550 gr.

On fait 1 litre de sérum, de l'huile camphrée, une injection intra-utérine.

Suites de couches normales. La malade sort le 14 janvier en bon état.

OBSERVATION LXXVI

Hémorragie rétro-placentaire

Madame R... 43 ans, ménagère, X-pare, IX accouchements à terme.

Dernières règles, le 30 octobre 1914.

Premières douleurs, le 30 juillet 1915 à 3 h.

4 h. plus tard entre en salle. Dilatation de « 1 fr. ».

Hémorragie abondante qui a commencé avant le début du travail. Sommet en G. A. à l'arrivée; rupture artificielle des membranes.

Injection sous-cutanée d'une ampoule de Rétropituine.

Douleurs faibles et espacées.

Tension artérielle : 12/7. — Pouls : 128 avant comme après l'injection.

A 11 h. les bruits du cœur sont faibles et ralentis.

Injection intraveineuse de 2 ampoules de Rétropituine.

A 11 h. 10, tension 13/8. Pouls : 98. Les douleurs apparaissent fortes et régulières.

A 10 h. 30, dilatation de la grandeur d'une petite paume de main, l'hémorragie s'arrête.

A 12 h. dilatation complète.

A 12 h. 30, accouchement spontané d'un garçon mort, de 1.920 gr.

A 12 h. 50, délivrance. Placenta : 450 gr., accompagné d'un caillot de 345 gr.

Examen du placenta : surface utérine d'aspect lisse, sans lésions de dégénérescence granulo-graisseuse ou calcaire; pas d'infarctus.

A aucun moment les urines de la femme n'ont contenu d'albumine.

OBSERVATION LXXVII

Insertion vicieuse du placenta, hémorragie pendant le travail

Madame H... 25 ans. II-pare. 1 à terme.

Dernières règles. (?)

Premières douleurs, le 14 janvier, à 16 h.

Entre à 17 h. 30. Dilatation de « 1 fr. ». Grossesse de 8 mois environ. O. I. G. A. Hémorragie assez abondante. Au toucher, le doigt perçoit à gauche et en arrière le bord du placenta.

Injection intraveineuse d'une ampoule de Rétropituine.

Tension artérielle : 12/7,5. — Pouls : 120.

Rupture artificielle de la poche des eaux. Les bruits du cœur sont précipités.

A 18 h., tension : 14/8. — Pouls : 94.

Col dilatable comme « 2 fr. ». Les douleurs se rapprochent toutes les 4 minutes et augmentent d'intensité. La dilatation s'accélère, à 21 h. elle est de « 5 fr. »; à 21 h. 10 d'une petite paume; à 21 h. 30 expulsion du fœtus, suivie de gros caillots.

Fille débile : 1.900 gr.

A 2 h. 45, délivrance naturelle : 430 gr. Placenta prævia.

Suites de couches normales. Enfant en couveuse, reçoit chaque jour 10 c. c. de sérum de Quinton. A la sortie le 23 juillet, il pèse 2.300 gr.

OBSERVATION LXXVIII

Insertion vicieuse du placenta

Madame S... 42 ans. XII-pare. 9 enfants vivants, 2 morts de cause indéterminée.

Dernières règles, le 10 novembre 1915.

Le 9 juillet, à 16 h., hémorragie subite, sans douleurs utérines qui oblige la malade à entrer à l'hôpital. Il n'y avait eu antérieurement aucune perte de sang pendant la grossesse. La sage-femme de garde constate un siège incliné. Pas de bruits du cœur fœtal. Large rupture du placenta dont l'insertion est centrale.

Injection sous-cutanée de 1 c. c. de Physéine.

Dilatation manuelle du col. Après une demi-heure, extraction du fœtus, pendant laquelle on fait une deuxième injection sous-cutanée de Physéine (1 c. c.).

Ensuite délivrance manuelle du placenta décollé qui présente, en son centre, la large déchirure provoquée.

Fille morte de 2 k. 350 gr. Placenta : 680 gr.

On injecte 1 litre 1/2 de sérum physiologique, de l'huile camphrée, etc...

Suites de couches normales. Sortie de l'hôpital le 27 juillet.

OBSERVATION LXXIX

Insertion vicieuse du placenta (latérale droite) accouchement prématuré à 7 mois

Madame N... 25 ans. II-pare. 1 à terme, fille vivante.

Dernières règles, le 25 avril 1916.

Au cours de la grossesse, à partir du 6^e mois, 5 hémorragies.

Plusieurs douleurs le 25 novembre 1916 à midi, après injection d'extrait hypophysaire Choay.

Les membranes étaient rompues depuis 12 jours environ.

La parturiente entre à la salle le 28 novembre à 11 h., se plaignant d'avoir des pertes de sang depuis 3 jours.

Pas de douleurs. Col dilatable comme « 1 fr. ». Le toucher provoque une légère hémorragie.

Injection intraveineuse de 2 ampoules extrait de lobe postérieur de Choay. Immédiatement apparaissent de petites contractions qui, vers 14 h., augmentent de vigueur et se reproduisent toutes les 4 minutes environ.

Dilatation comme « 2 fr. ».

A 16 h. 30, dilatation de la valeur d'une grande paume de main.

Accouchement spontané d'une fille vivante de 2 k. 065.

5 minutes après, délivrance naturelle : placenta 350 gr.

Variété marginale droite, portant une déchirure au niveau de l'insertion utérine. Sérum. Huile camphrée. Température avant l'accouchement : 39°2; le lendemain 37°.

Suites normales. Enfant en couveuse.

Dans ces cas d'hémorragie au cours du travail, nous avons eu 4 succès et un échec (obs. 75. I-pare). Il faut noter spécialement le cas de l'observation 79 : la femme perdait depuis 15 jours et le travail fut provoqué par une injection d'extrait hypophysaire, on put ainsi tarir l'hémorragie, éviter l'accouchement provoqué et la délivrance artificielle. L'enfant est né vivant et nous avons eu l'occasion de le revoir à la consultation des nourrissons, il se développe dans de très bonnes conditions.

Les auteurs qui ont expérimenté l'extrait d'hypophyse dans les hémorragies par placenta prævia se montrent satisfaits des résultats obtenus.

Hofbauer et ses successeurs allemands conseillent, lorsque l'on a affaire à un placenta latéralement inséré, de rompre les membranes et d'injecter l'hypophyse : on arrête ainsi l'hémorragie et l'accouchement se produit.

Richter rapporte 2 succès sur 3 cas; Studeny, sur 9 cas, obtint 6 succès qu'il qualifie « d'éclatants », 2 résultats insuffisants et un échec complet; Vogt, enfin, relate 7 succès sur 7 cas.

Partant de ce principe que la rupture artificielle des membranes est le traitement de choix des hémorragies par placenta prævia, Hauch et Léopold Meyer constatent que, toutes choses égales d'ailleurs, l'extrait hypophysaire apporte à la thérapeutique obstétricale l'arme qui lui manquait dans ces cas-là, c'est-à-dire l'agent capable d'influencer la fibre utérine et de décider de l'accouchement. Leur statistique peut se résumer ainsi : sur 7 cas de placenta prævia, 1 succès complets; 3 cas négatifs (accouchement provoqué et placentas prævias totaux) qui ne constituent pas un échec complet à cette méthode.

Il semble que l'on peut dégager des travaux de ces divers auteurs et de nos observations personnelles le principe suivant : l'extrait hypophysaire donne ses

meilleurs résultats dans les cas de placenta latéral avec rupture artificielle des membranes, ce qui confirme par conséquent l'opinion de Hofbauer et celle de Hauch et Léopold Meyer.

Ajoutons que dans ces circonstances, les doses et les voies d'introduction donnent lieu aux mêmes considérations que précédemment.

VII. — INDICATIONS FŒTALES

Les souffrances ou procidences fœtales constituent; elles aussi, une indication de l'Hypophysothérapie.

En voici deux exemples :

OBSERVATION LXXX

Procidence de la main

Madame A... II-pare. 30 ans, 1 à terme.

Dernières règles... (?)

Premières douleurs, le 11 septembre 1915, à 21 h.

Entre le 12 à 8 h. 30. Dilatation d'une petite paume de main. La rupture prématurée des membranes s'était produite la veille à 21 h. Sommet en O. I. D. P. avec procidence de la main gauche.

A 9 h. rétropulsion de la main; la tête appuyée sur le col. Douleurs toutes les 4 minutes.

A 9 h. 15, injection intraveineuse de 2 ampoules de Rétropituine.

Tension artérielle: 14/7. — Pouls : 88.

Deux minutes après l'injection les douleurs deviennent deux fois plus fréquentes et fortes.

A 9 h. 50, douleurs presque subintrantes.

Tension artérielle : 15,5/7,5. — Pouls : 78.

A 10 h. dilatation complète.

A 10 h. 5, expulsion spontanée d'un garçon cyanosé qui crie tout de suite. Poids : 3 k. 150 gr.

A 10 h. 30, délivrance. Placenta : 500 gr.

Suites normales pour la mère et l'enfant.

OBSERVATION LXXXI

Procidence du cordon

Madame B... 22 ans, II-pare. 1 à terme (?) mort par la suite (?) Wassermann positif.

Dernières règles, le 22 novembre 1914.

Premières douleurs, le 23 août 1915, à 14 h.

Entre le 24 août à 6 h. 30, la dilatation étant de « 5 fr. ».

A 11 h. dilatation complète; rupture spontanée de la poche, des eaux. Procidence du cordon. Douleurs faibles.

Injection intraveineuse d'une ampoule de Rétropituite.

Jusqu'à 11 h. 15, 3 fortes douleurs, mais les bruits du cœur fœtal se modifiant, malgré la rétropulsion du cordon qui a été pratiquée, on applique le forceps en D. P.

Enfant en état de mort apparente, ranimé : 3 k. 500.

A 12 h., délivrance : 600 gr.

Longueur du cordon ombilical : 85 cm.

Suites normales. Notons que la mère a un goitre exophtalmique et qu'elle a reçu pendant sa grossesse 3 injections de néosalvarsan (0 gr. 45).

Dans ces deux cas de procidence le produit hypophysaire nous a semblé fort utile. Il a permis à l'accouchement de se produire en 1 heure dans le premier cas, et si dans le second nous avons pratiqué une application de forceps en D. P., c'est uniquement par prudence, car les contractions utérines étaient fort bonnes.

Nous considérons ces deux observations comme deux succès pour la médication hypophysaire.

DEUXIEME PARTIE

PÉRIODE D'EXPULSION

Les auteurs français récents, de même que la majorité des accoucheurs étrangers (allemands en particulier) admettent que l'action de l'extrait d'hypophyse est surtout manifeste et forte au cours de la période d'expulsion. Ils pensent que, grâce à lui, on peut éviter un grand nombre d'applications de forceps, puisque c'est après la dilatation complète que ce médicament donne, d'après Hofbauer, son maximum de rendement thérapeutique.

Hamm, dans une statistique portant sur 300 cas, n'a employé le forceps que deux fois, alors que la proportion est généralement de 3 à 4 pour 100 accouchements. Le bénéfice serait donc de 10 pour 300, soit 3 pour 100 de forceps en moins.

Hirsch considère l'extrait hypophysaire comme un moyen rapide à la période de dilatation et extra-rapide au moment de l'expulsion et Jøeger est du même avis que lui.

Ross déclare que l'extrait hypophysaire évite aux accoucheurs un certain nombre de forceps « de luxe ».

Schœffer cite un bel exemple de siège chez une I pare.

Depuis 6 heures le siège reposait sur le périnée et la femme épuisée ne poussait plus. Quatre minutes après une injection d'extrait hypophysaire, de fortes contractions surviennent et 13 minutes après, l'accouchement est terminé.

Dans 34 cas, Studeny a obtenu un parfait résultat; 15 fois dans le premier quart d'heure de l'injection.

13 fois dans l'heure suivante, et 6 fois pendant la deuxième heure.

Vogt, sur 600 accouchements n'a eu qu'une fois recours au forceps.

Grünbaum cite 10 cas dans lesquels le forceps qui était tout indiqué fut évité par des injections de produit hypophysaire.

Schneider-Sievers ne conseille d'employer la pituitrine que pendant la période d'expulsion et recommande de surveiller les battements du cœur fœtal.

Spretts constate que l'expulsion est toujours énormément accélérée.

Hauch et Meyer recommandent spirituellement de faire l'injection d'extrait hypophysaire pendant que l'on se livre aux préparatifs du forceps : quand ceux-ci sont terminés, l'accouchement l'est souvent aussi !

Pour Siguret, la rotation est aidée et l'engagement se parfait.

Vayssières conclut que l'extrait hypophysaire peut éviter certain nombre de forceps.

Metzger publie 23 cas à dilatation complète et conclut favorablement.

Lequeux, enfin, dit que « tout le monde est d'accord pour limiter l'emploi de l'extrait hypophysaire à la période d'expulsion dont elle est un puissant adjuvant. »

OBSERVATIONS PERSONNELLES

OBSERVATION LXXXII

Dernières règles, novembre 1914.

Madame P... 27 ans. I-pare.

Premières douleurs, le 10 septembre 1915, à 23 h.

Entre le 11 septembre à 8 h. avec une dilatation de « 50 cent. ».

A 11 h. 30, dilatation complète. Les contractions utérines sont faibles, toutes les 4 ou 5 minutes.

A 11 h. 40, injection intraveineuse de 2 ampoules de Rétropituine. Trois minutes après les contractions sont plus fortes et se reproduisent toutes les minutes et demie.

A 11 h. 50, expulsion spontanée d'une fille en état d'apnée, débile, 2.400 gr.

Dix minutes après l'expulsion, délivrance naturelle. Placenta : 600 gr.

Suites normales, sauf de la rétention d'urine qui a été traitée par la médication hypophysaire (voir chapitre spécial). Cette parturiente était suspecte de syphilis.

OBSERVATION LXXXIII

Madame G... I-pare.

Dernières règles... (?)

Premières douleurs, le 7 mai 1915 à 8 h.

Entre immédiatement à l'hôpital.

Dilatation de « 1 fr. » qui est complète à 20 h. Enfant en D. P.

A 21 h. pas de douleurs, le travail paraît arrêté.

Injection sous-cutanée de 1 c. c. de Rétropituine.

Tension artérielle : 14/7. — Pouls : 72.

Quelques contractions se réveillent, peu intenses.

A 21 h. 30, tension : 14/7. — Pouls : 72.

A 22 h. 30, le travail restant stationnaire, on fait une injection intraveineuse d'une ampoule de Rétropituine.

Dix minutes après, contractions violentes et régulières, toutes les 4 minutes environ.

A 23 h., accouchement spontané. Fille débile de 2.550 gr.

Délivrance à 23 h. 30. Placenta : 450 gr.

Après la 2^e injection, tension : 15/7,5. — Pouls : 66.

Suites normales.

OBSERVATION LXXXIV

Madame P... 23 ans. I-pare.

Dernières règles le 19 novembre 1914.

Premières douleurs le 23 août 1915 à 23 h.

Entre le 24 août à 7 h. 30 avec une dilatation de « 50 cent. ».
Rupture prématurée des membranes au début du travail. Sommet engagé en G. A.

A 16 h. 30 la dilatation est complète.

A 17 h. 25, les douleurs étant faibles on fait une injection intraveineuse d'une ampoule de Rétropituitine.

Tension artérielle : 14/7. — Pouls : 76.

Après l'injection, les douleurs sont plus fortes, durent 2 minutes au lieu d'une et se reproduisent toutes les 5 minutes.

A 17 h. 55, nouvelle diminution des douleurs; on injecte à nouveau dans les veines une ampoule de Rétropituitine. Les douleurs reprennent.

A 18 h. 30, accouchement spontané. Fille de 3 k. 700.

Tension artérielle : 15/7,5. — Pouls : 68.

A 18 h. 38 délivrance naturelle. Placenta : 600 gr.

Suites normales.

OBSERVATION LXXXV

Madame B... 26 ans. Employée de commerce. I-pare. Réglée à 14 ans. A marché tard.

Dernières règles, du 11 au 15 décembre 1913.

Premières douleurs, le 21 septembre 1914, à 4 h.

Entre le même jour à 8 h. O. I. G. A. Col long perméable au doigt. (Les membranes sont rompues prématurément depuis la veille à 3 h.).

A 14 h. 30, dilatation de la valeur d'une petite paume de main, douleurs minimes, insuffisantes.

Injection intraveineuse de 1 c. c. de Rétropituitine.

Tension artérielle avant l'injection : 15/9. — Pouls : 92.

Tension artérielle après l'injection : 16/9. — Pouls : 88.

A 15 h. dilatation complète.

A 15 h. 30, accouchement spontané, enfant vivant de 3.120 gr.

Délivrance à 16 h. Placenta de 520 gr.

Les douleurs apparaissent toutes les 5 minutes, assez fortes. Suites normales.

OBSERVATION LXXXVI

Madame S... 25 ans. I-pare.

Dernières règles, juillet 1914.

Premières douleurs, le 29 avril à 3 h.

Entre à 10 h. la dilatation est de « 5 fr. ».

A 14 h., dilatation complète. Douleurs faibles. Injection sous-cutanée d'une ampoule de Rétropituine. Aucun effet.

A 15 h. 30, deuxième injection sous-cutanée d'une ampoule du même produit. Douleurs moyennes. La femme ne voulant pas pousser on fait de l'expression.

A 16 h., expulsion spontanée d'une fille, en état de mort apparente que l'on ranime. Poids : 3 k. 050 gr.

Dix minutes plus tard, délivrance. Placenta : 550 gr.

Suites normales.

OBSERVATION LXXXVII

Madame V... 21 ans, ménagère. I-pare.

Dernières règles, le 6 décembre 1914.

Premières douleurs, le 6 novembre 1915 à 4 h.

Entre le 7 à 6 h. 30 avec une dilatation comme une petite paume de main. Sommet en O. I. D. P.

A 18 h. la dilatation est complète.

A 19 h. 30, la rotation ne se faisant pas, injection intra-veineuse de 1 c. c. de Rétropituine.

Tension artérielle : 15/8. — Pouls : 100.

Les douleurs sont subintrantes, mais la femme ne pousse pas.

A 20 h. 30, tension artérielle : 15,5/8. — Pouls : 90.

Les bruits du cœur se modifient. Application de forceps en D. P. puis en O. P. — Extraction d'un garçon de 3.400 gr.

Délivrance à 20 h. 40. Placenta : 600 gr.

Suites normales.

OBSERVATION LXXXVIII

Madame Y... 22 ans, ménagère. I-pare.

Dernières règles, le 27 juin 1914.

Premières douleurs, le 12 avril 1915, à 5 h.

Entre à 8 h. 30 avec une dilatation de « 5 fr. ».

A 11 h., rupture prématurée des membranes.

A 15 h., dilatation complète.

A 16 h. 35, les douleurs étant toujours faibles, injection intraveineuse d'une ampoule de Rétropituite. Douleurs assez fortes toutes les 5 minutes.

A 17 h. 20, accouchement spontané, difficulté pour l'extraction des épaules. Paralysie brachiale. Fille de 3 k. 920.

Une demi-heure après, délivrance. Placenta : 650 gr. Rétention de caduque. Curetage dans les suites de couches. Guérison de la mère, bon état de l'enfant.

OBSERVATION LXXXIX

Madame T... 30 ans. VII-pare. 6 enfants à terme.

Dernières règles, fin décembre 1914.

Premières douleurs, le 23 septembre 1915 à 9 h.

Entre dans la salle à 11 h., dilatation d'une petite paume.

A 12 h. la dilatation est complète.

Tension artérielle : 14/8. — Pouls : 88. — O. I. G. A.

A 12 h. 5, injection intraveineuse de 2 ampoules de Rétropituite. Cinq minutes après il se produit 2 fortes contractions qui provoquent l'expulsion d'une fille vivante de 3 k. 570 gr.

Tension artérielle : 15/8. — Pouls : 80.

Délivrance naturelle 15 minutes après l'accouchement. Placenta : 600 gr.

Suites normales, sauf rétention d'urine. (Voir chapitre spécial).

OBSERVATION XC

Madame B... 41 ans, ménagère. IV-pare. III avant terme.

Dernières règles... (?)

Premières douleurs, le 2 juillet 1915 à 6 h.

Entre à la salle à 8 h. 30. Dilatation d'une petite paume. Sommet : G. A.

A 9 h. 25, la dilatation est complète. Douleurs nulles. Injection sous-cutanée d'une ampoule de Rétropituite.

Tension artérielle : 14/8. — Pouls : 72.

A 10 h. 10, douleurs un peu plus fortes, injection intraveineuse d'une ampoule de Rétropituite.

Les douleurs augmentent à 10 h. 25.

Tension artérielle : 15/8,5. — Pouls : 68. Accouchement spontané. Fille de 3.450 gr.

A 11 h. délivrance. Placenta : 600 gr.

Suites de couches excellentes, mais l'enfant présente le 3 juillet des convulsions, de la raideur, de la fièvre (38°2). Ces signes cèdent à des frictions mercurielles, à des bains sinapisés, au sérum de Quinton, à la mise en couveuse. Sortie le 18 juillet en bon état (3 k. 500).

OBSERVATION XCI

Madame G..., 24 ans, concierge. I-pare.

Dernières règles le 5 février 1916.

Premières douleurs le 17 novembre 1916, à 1 h.

Entre immédiatement. Dilatation de « 50 cent. », membranes intactes, bruits du cœur fœtal bons. O. I. G. A.

Dilatation complète à 10 h. 30. Tête à la vulve.

A 11 h. injection intraveineuse d'une ampoule d'extrait hypophysaire Choay. Les douleurs augmentent.

A 11 h. 15, accouchement spontané. Garçon vivant de 4 k. 050.

Délivrance naturelle 25 minutes plus tard. Placenta : 700 gr.
Suites normales pour la mère et l'enfant.

OBSERVATION XCII

Madame A... 20 ans. S. P. II-pare. 1^{er} à terme, vivant.

Dernières règles, le 25 mars 1916.

Premières douleurs, le 29 novembre 1916, à 1 h.

Entre à 7 h. dilatation complète, membranes intactes, on les rompt. Jusqu'à 8 h. la femme pousse sans résultat, car les contractions sont à peu près nulles. On injecte dans les veines 2 ampoules d'extrait hypophysaire de Choay.

Immédiatement les douleurs reprennent et à 8 h. 10 la femme accouche d'une fille vivante de 3 k. 060.

Vingt minutes plus tard délivrance naturelle et complète.
Placenta : 600 gr.

Suites normales.

OBSERVATION XCIII

Madame G... 24 ans, concierge. I-pare.

Dernières règles, le 5 février 1916.

Entre le 17 novembre 1916 à 11 h. La dilatation est complète depuis 9 h. 30. Sommet en G. A.

A 10 h. 30, tête à la vulve.

A 11 h. injection intraveineuse d'une ampoule d'extrait hypophysaire Choay. (lobe postérieur).

Accouchement spontané 15 minutes plus tard, d'un garçon vivant de 4 k. 050 gr.

Vingt minutes après délivrance naturelle. Placenta : 700 gr.
Suites de couches normales.

OBSERVATION XCIV

Madame K... 26 ans. S. P. II-pare. I à terme (forceps).

Dernières règles, le 10 mai 1915.

Entre en travail le 6 mars 1916 à 6 h. Dilatation complète à 13 h. 45. O. I. D. P. Tête engagée; la rotation n'est pas faite, les douleurs sont ralenties et faibles.

Injection sous-cutanée de 1 c. c. de Physéine.

Dix minutes après l'injection, les douleurs se rapprochent et augmentent d'intensité et de longueur.

A 15 h. 15, accouchement d'un garçon vivant de 4 k. 230 gr. L'injection du produit hypophysaire a remplacé une application de forceps.

Délivrance naturelle 10 minutes plus tard. Placenta : 840 gr. Suites normales.

OBSERVATION XCV

Madame T... 37 ans. Tailleuse. V-pare. IV à terme, dont 1 siège mort pendant l'expulsion.

Dernières règles, le 10 janvier 1916.

Premières douleurs le 23 septembre 1916 à 12 h. Dilatation complète à 17 h. 20. O. I. D. P. Engagement progressif.

A 18 h. la tête n'ayant pas encore franchi le détroit inférieur, on fait une injection intraveineuse de Physéine Grémy de 2 c. c.

Trois minutes après, une violente contraction amène la tête au périnée. A la 2^e contraction, accouchement d'un garçon vivant de 3.330 gr.; il est 18 h. 10.

Délivrance naturelle. Placenta : 350 gr.

Suites normales.

OBSERVATION XCVI

Madame Z... 35 ans. Tailleur. I-pare.

Dernières règles... (?)

Paraît être à terme le 23 décembre 1916 au moment où elle entre en travail. Les membranes sont rompues avant l'arrivée à l'hôpital. Il faut 27 heures et demie pour que la dilatation complète soit obtenue, le 24 décembre, à 15 heures.

A 15 h. 20, l'enfant rend du méconium. Bruits du cœur modifiés.

Injection sous-cutanée d'une ampoule de Physéine.

A 15 h. 45, accouchement spontané : garçon de 3 k. 310 gr. en état de mort apparente, ranimé en 20 minutes.

Délivrance naturelle 15 minutes plus tard : placenta 630 gr., plus un caillot de 170 gr.

Dès le premier jour, l'enfant présente de l'ictère. Le troisième jour, température : 42.2, raideur presque tétanique.

Ponction lombaire, liquide clair, hypertendu, donnant un Wassermann négatif. (I. P.). L'enfant meurt le soir même.

OBSERVATION XCVII

Madame B... 33 ans, ménagère. II-pare. I à terme.

Dernières règles, le 20 septembre 1915.

Entre en travail le 13 juillet à 4 h.

Dilatation complète à 13 h. Sommet en O. P. Engagement non effectué.

A 13 h. 30, injection intraveineuse de 1 c. c. de Physéine. Les contractions deviennent fortes et régulières, la tête descend, mais les bruits du cœur fœtal devenant de plus en plus lents, on se décide, par prudence, à faire une application de forceps.

Garçon vivant de 4.500 gr. — Placenta : 850 gr.

Suites normales.

OBSERVATION XCVIII.

Madame G... 33 ans, ménagère. IV-pare, tous à terme.

Dernières règles, le 5 décembre 1915.

Travail, le 5 septembre 1916, à 2 h.

Dilatation complète à 16 h. G. A. Engagement effectué.

Les douleurs étant faibles, et les battements du cœur irréguliers, on fait une injection sous-cutanée d'une ampoule de Physéine.

Accouchement spontané à 17 h. Fille vivante de 3.800 gr.

Délivrance 30 minutes après. Placenta : 850 gr.

Suites normales.

OBSERVATION XCIX

Madame H... 24 ans, coupeuse. I-pare.

Dernières règles, le 27 septembre 1915.

Travail, le 14 juillet 1916 à 1 h.

Dilatation complète à 8 h. O. I. D. P. Engagement effectué.

A 9 h. 30, injection intraveineuse de Physéine; les membranes sont rompues, la rotation est nulle.

A 10 h. 30, accouchement spontané : fille de 3.200 gr. Placenta : 460 gr.

Suites normales.

OBSERVATION C.

Madame G... 23 ans, ménagère, II-pare. 1 à terme.

Dernières règles le 1^{er} octobre 1915.

Premières douleurs, le 8 juillet 1916, à 22 h.

Entre le 9, à 1 h., le col en voie d'effacement. Rupture artificielle des membranes à 10 h. 20. O. I. G. A. Bruits du cœur irréguliers : douleurs espacées peu intenses.

Injection sous-cutanée de 1 cc. de Physéine Grémy.

A 10 h. 35, les contractions se régularisent, et reviennent toutes les 3 minutes, mais les bruits du cœur se modifient. La parturiente fait de violents efforts, la tête est toujours élevée.

Application de forceps en O. I. G. A. prise en oblique.

Extraction d'une fille vivante de 3.430 gr.

Délivrance et suites de couches normales.

Il semble que la rigidité des parties molles a empêché l'efficacité des contractions utérines obtenues.

OBSERVATION CI.

Madame G... 32 ans. VI-pare. 4 à terme, 2 avant terme.

Entre à l'hôpital le 18 décembre 1916, les membranes étant rompues depuis 5 jours. Col dilatable de « 2 à 5 fr. ».

A 9 h. 30, douleurs nulles, siège complet, enfant vivant, grossesse de 6 mois et demi environ.

A 11 h. 10, col inchangé. Injection intra-veineuse de 5 c. c. (0, 20, dilués dans 5 c. c. de sérum physiologique), de Physéine Grémy.

Cinq minutes après une vive contraction apparaît, et en 2 ou 3 fortes douleurs, le fœtus de 1.240 gr. est expulsé vivant. Mis en couveuse. Sclerème et mort en 48 h.

Suites normales pour la mère.

OBSERVATION CII

Madame P... 30 ans, I-pare.

Entre en travail le 14 janvier 1917 à 22 h. O. I. G. A.

Douleurs moyennes. Dilatation complète le 15 à 11 h.

A midi pas de rotation. Injection intra-veineuse de 0.20 de Physéine (dilués dans 5 c. c. d'eau physiologique).

Les douleurs deviennent plus intenses tout en conservant l'intervalle physiologique de repos.

A midi 30, accouchement spontané d'une fille vivante de 3 kilos.

Délivrance et suites normales.

OBSERVATION CHL

Madame K... 30 ans. II-pare. I à terme.

Entrée en travail le 7 février à 20 h. O. I. D. P.

Entrée à la salle à 21 h. 30, dilatation d'une petite paume de main.

A 0 h. 30, elle est complète. Rupture artificielle des membranes, la tête est très élevée.

Injection sous-cutanée d'une ampoule de Physéine à 1 h. 15, c'est-à-dire après 45 minutes d'arrêt dans le travail.

Cinq minutes après l'injection, douleurs plus fortes et 25 minutes plus tard, accouchement spontané. Fille vivante de 3 kilos 750 gr.

Délivrance et suites normales.

OBSERVATION CIV.

Madame R... 40 ans. S. P. XIII-pare. XII à terme. VI vivants et VI morts en bas âge.

Dernières règles.... (?)

Travail commencé le 1^{er} février 1917 à 1 h.

Entre à 5 h. avec une dilatation de « 50 cent. ». Douleurs modérées toutes les 8 minutes.

A 13 h. 45, dilatation de « 5 fr. ». Les membranes se rompent et laissent échapper du liquide amniotique fortement teinté de méconium. Bruits du cœur assez irréguliers. Contractions utérines insignifiantes.

Injection sous-cutanée d'une ampoule de Physéine.

Tension artérielle avant : 14/7 1/2 — après : 15/8. Le poulx passe de 80 à 72.

Quelques minutes après l'injection, les douleurs reprennent, fortes et régulières, toutes les 2 minutes.

A 14 h., un quart d'heure après l'injection de Physéine, accouchement spontané d'un enfant en état de mort apparente, ranimé en une demi-heure.

Suites normales.

OBSERVATION CV

Madame V... 30 ans. S. P. I-pare.

Dernières règles, le 23 juin 1916.

Premières douleurs, le 31 mars 1917, à 15 heures.

Entrée à la salle de travail à 21 h., la dilatation étant comme « 1 fr. ». Sommet en G. A.

Le 1^{er} avril à 9 h. 30, la dilatation est complète.

A 9 h. 45, les douleurs sont espacées et la tête reste élevée.

Injection sous-cutanée de 1 cc. de Physéine

A 10 h. 30, accouchement spontané. Fille vivante, poids 2 k. 800 gr.

A 10 h. 45, délivrance naturelle et complète. Placenta : 500 gr.

Suites de couches normales.

OBSERVATIONS CVI

Madame S... 36 ans. 1-pare.

Dernières règles le 20 août 1916.

Premières douleurs, le 24 mai 1917, à 21 h., la dilatation étant comme « 1 fr. ». Présentation : O. I. D. P.

La dilatation est complète 25 heures et demie après le début du travail, soit, le 26 mai à 0 h. 30.

A 3 h. 40, après avoir fait pousser la femme pendant 3 h. 10, injection intra-veineuse d'une demi-ampoule de Physéine. La femme ayant encore spontanément des douleurs d'intensité moyenne, celles-ci paraissent peu modifiées, la tête reste toujours sur le périnée.

Dix minutes après la première piqure, deuxième injection de trois quarts d'ampoule de 5 c. c. de Physéine (2 doses dans 5 cc.)

Aussitôt se produit une forte douleur, et 5 minutes après, expulsion spontanée d'une fille vivante, poids : 3 kilos.

Délivrance naturelle 35 minutes plus tard. Placenta : 520 grammes.

Suites de couches excellentes.

Sur ces 25 cas concernant la période d'expulsion, nous ne constatons qu'un échec franc (Obs. 87). Dans tous les autres le succès a été complet, car nous ne pouvons accuser l'extrait hypophysaire d'insuffisance dans les deux cas où nous avons été amenée par l'état des battements du cœur fœtal à pratiquer une application de forceps (Obs. 97 et 100).

Chez les primipares, le temps qui s'est écoulé entre l'injection et l'accouchement a été de 25 minutes à 6 heures par la voie sous-cutanée et de 15 minutes à 1 heure et demie par la voie veineuse. Chez les multi-

pares, ces temps sont encore réduits : de 5 minutes à 1 heure et demie pour la voie sous-cutanée et de 5 minutes à 1 heure pour la voie veineuse.

Il est à remarquer, ici encore, que la Physcine, dont l'activité thérapeutique paraît décidément plus intense, a donné, par la voie sous-cutanée, des résultats égaux à ceux que les autres préparations ont réalisés par la voie veineuse (Obs. 94, 96, 98, 103, 104).

Il paraît indiscutable que la médication hypophysaire rend les plus grands services dans la période d'expulsion, lorsque l'utérus fatigué ne produit plus suffisamment de contractions. Certainement c'est là une de ses plus grandes et plus heureuses indications, ainsi que les auteurs qui nous ont précédée l'avaient bien établi.

TROISIÈME PARTIE

AUTRES CIRCONSTANCES DE L'ACCOUCHEMENT

I. -- PROVOCATION DU TRAVAIL

La plupart des auteurs qui ont expérimenté la médication hypophysaire dans le but de provoquer le travail de l'accouchement, c'est-à-dire d'éveiller des contractions utérines non encore existantes, ont obtenu des résultats en majorité négatifs.

Le tableau suivant résume leurs conclusions :

	Nombre de cas	Succès	Insuccès
R. Stern.....	3	2	1
Fries	4	2	2
Hager	1	1	»
Kroemer	2	1	1
Schiffmann	6	5	1
Hamm	11	1	10
Goebel	1	1	»
Studeny	6	0	6
Zinsser	5	0	5
Hauch et L. Meyer	3	0	3
Fabre et Rhenter	1	1	»
Vayssières	5	2	3

La conclusion qui se dégage des faits relatés par ces auteurs est que l'extrait d'hypophyse a une action inconstante pour la provocation de l'accouchement et que cette action est d'autant plus efficace que l'on est plus près du terme de la grossesse.

OBSERVATIONS PERSONNELLES

OBSERVATION CVII

Madame L... 38 ans. V-pare. II enfants vivants.

Arrive le 8 février 1916 dans un état de dyspnée et de cyanose intenses. Amaigrissement, cachexie. Grossesse de 8 mois. Tête mobile en bas. Dos à gauche. Bruits du cœur fœtal sourds.

A l'examen de la parturiente on trouve une infiltration bacillaire de tout le poumon gauche et d'une partie du poumon droit.

Température : 37°5. — Pouls 130. — La malade ne peut pas rester couchée. Elle tousse et crache à chaque instant.

A 12 h., on essaie de provoquer l'accouchement par l'introduction dans le col de 4 sondes en caoutchouc.

A 14 h., injection intraveineuse de 2 ampoules de Rétropituine.

A 17 h., le col est dilaté comme « 50 cent. ». Deuxième injection intraveineuse de Rétropituine.

Pose d'un ballon de Champetier de Ribes.

A 20 h. le ballon est expulsé. Le col est dilatable comme « 5 fr. ».

Le 9 février, le col est revenu sur lui-même : dilatable comme « 50 cent. ».

A 11 h., nouvelle pose de 6 sondes en caoutchouc.

A 11 h. 30, la femme est agonisante. Température : 35°8.

Le col est dilatable comme « 5 fr. ». Injection intraveineuse de 2 ampoules de Rétropituine. Dilatation manuelle du col. La tête est au-dessus du détroit supérieur mobile. Tentative de forceps en G. T. Un pied se place près de la tête. Version par manœuvres internes. Difficulté de l'extraction de la tête dernière, le col n'étant pas suffisamment dilaté.

Extraction d'une fille née en état de mort apparente, ranimée : poids 2.600 gr.

Délivrance artificielle tout de suite après l'accouchement : 440 gr. La malade ne perd pas. Tout est normal du côté utérin.

La parturiente s'éteint 10 minutes après la délivrance.

L'enfant malgré le sérum de Quinton, la couveuse, l'oxygène, etc., meurt à 20 h. le même jour.

OBSERVATION CVIII

Madame K... 23 ans, tailleur.

Dernières règles, le 17 juillet 1914.

Premières douleurs, le 12 avril à 9 h.

Madame K... est arrivé à l'hôpital le 9 avril, le col est dilaté comme « 1 fr. ». O. I. G. A.

A 9 h., injection d'une ampoule intraveineuse de Rétropuitine. Tension artérielle avant et après l'injection : 15/8. — Pouls : 72. — Aucun effet.

La parturiente accouche le 13 avril d'un garçon de 3 kilos 170 gr. — Placenta : 530. Elle n'est entrée franchement en travail que le 12 avril à 16 h. 30.

Suites de couches excellentes: De même la courbe de l'enfant.

OBSERVATION CIX

Madame A... 23 ans. III-pare.

Dernières règles, juillet 1914.

Arrive le 6 avril 1915 en disant qu'elle a de petites douleurs.

A 11 h. col dilatable comme « 2 fr. ». Douleurs nulles. Injection intraveineuse de 2 ampoules de Rétropuitine.

Tension artérielle avant l'injection : 15/8.

Tension après l'injection : 15,5/8.

Pouls : avant l'injection : 76. — Après : 68.

A 16 h., nouvelle injection de 2 ampoules, (intraveineuse), sans effet.

La femme accouche 8 jours plus tard à l'hôpital Saint-Antoine.

OBSERVATION CX

Madame M... 30 ans. II-pare. I accouchement à terme.

Dernières règles, le 5 avril 1915.

Rupture prématurée des membranes, le 10 janvier 1916. Pas de douleurs. Sommet en G. A.

Le 11 janvier, c'est-à-dire 24 h. après, à 10 h. 30, injection intraveineuse de 2 ampoules de Répropituine. Les douleurs sont nulles. Col ferme.

Tension artérielle : 14,5/8. — Pouls : 84.

Les douleurs apparaissent 2 minutes après l'injection.

A 14 h. la dilatation est de « 5 fr. ». Les douleurs qui étaient d'intensité moyenne et assez espacées, deviennent fortes et fréquentes (toutes les deux minutes).

A 15 h. la dilatation est complète.

A 15 h. 30, accouchement spontané d'un garçon de 3 kilos 950 gr.

A 16 h., délivrance naturelle. — Placenta : 650 gr.

Suites de couches excellentes. L'enfant pèse 4 k. 100 gr.

OBSERVATION CXI

Madame R... 28 ans, couturière. I-pare.

Dernières règles, le 11 mars 1916.

Vient le 18 novembre en disant qu'elle a de petites douleurs. Col perméable au petit doigt. Membranes intactes.

19 novembre, même état.

A 9 h. 30, injection intraveineuse de 2 ampoules d'Hypophyse de Choay, diluées avec une quantité égale de sérum physiologique.

Tension artérielle : 16/9 avant l'injection. Après : 16,5/9.

Pas d'effet. La femme part le lendemain chez elle.

OBSERVATION CXII

Madame C... 32 ans, S. P. II-pare. II avant terme, à 8 mois. Syphilitique. Traitement insuffisant. (Huile grise à Saint-Louis).

Accouchement prématuré à 8 mois, le 11 décembre 1916.

Fille débile, 2 k. 250. Placenta : 480.

Le 8 décembre, rupture de la poche des eaux.

Le 9 décembre, le travail n'étant pas déclaré, injection intraveineuse de 5 c. c. de Physéine, à 9 h. 45.

Tension artérielle avant l'injection : 11,5/6,5. — Pouls : 100.

Tension artérielle après l'injection : 12/6,5. — Pouls : 88.

Immédiatement, douleurs toutes les trois minutes jusqu'à 10 h. 30.

A 5 h. 15, deuxième injection, sous-cutanée, d'une ampoule et demie de Physéine. Cinq minutes après, première douleur. Les douleurs se suivent toutes les cinq minutes jusqu'à 17 h.

La malade n'accouche que deux jours plus tard.

OBSERVATION CXIII

Madame S... V-pare. IV enfants vivants.

Dernières règles... (?) O, I. D. P.

Vient parce qu'elle croit avoir perdu les eaux.

Grossesse de huit mois et quart environ. Au toucher le diagnostic de la rupture de la poche des eaux ne s'impose pas.

Le 16 décembre 1916 à 10 h., injection sous-cutanée de 5 c. c. de Physéine (0 gr. 20). Pas d'effet.

La parturiente retourne chez elle, sur sa demande.

Revient accoucher quelques jours plus tard. La poche des eaux était intacte.

OBSERVATION CXIV

Madame M... 19 ans, femme de ménage. II-pare.

Dernières règles, le 4 mai 1916.

Le 29 janvier 1917, la parturiente est à la salle de travail depuis deux jours avec col dilatable comme « 1 fr. ». Sommet en G. A.

Douleurs nulles. Poche des eaux intacte.

A 10 h. 35, injection intraveineuse de 2 ampoules de Physéine diluées dans 5 c. c. de sérum chloruré. L'aiguille à peine retirée, la femme vomit abondamment; elle a des contractions utérines très violentes, toutes les minutes. Les bruits du cœur fœtal se modifient, ils se ralentissent nettement.

Dix minutes après l'injection la dilatation est de « 2 fr. ».

Une heure plus tard, douleurs physiologiques fortes toutes les trois minutes. Les bruits du cœur fœtal sont normaux.

A 16 h. la dilatation est de « 5 fr. ».

Puis rétrocession du travail. Le col revient sur lui-même.

N'accouche que 6 jours plus tard d'un enfant bien portant pesant 3 k. 700 gr.

Délivrance : placenta : 800 gr.

Rien de spécial, ni pour l'accouchement, ni pour les suites de couches.

OBSERVATION CXV

Madame J... X-pare.

Se présente le 20 juillet 1915 à la Maternité de l'hôpital Rothschild. On constate que le fœtus se trouve à l'état de rétention.

On fait une ampoule de Rétropituine en injection sous-cutanée qui ne réussit pas à provoquer le travail.

Part chez elle. Revient le 28 juillet et accouche. (Voir l'observation n° 5). (Inertie utérine simple).

Dans tous les cas, la médication hypophysaire a provoqué l'apparition de contractions utérines plus ou moins marquées et en série plus ou moins prolongée, mais 8 fois sur 9 cette ébauche de travail artificiellement déclenché n'a pas eu de suites, que la grossesse ait été de 8 mois (Obs. 107, 111, 112, 113, 114), ou dans le 9^e mois (Obs. 108, 109, 112). La voie d'introduction du médicament ne paraît pas avoir d'influence, ni la dose d'ailleurs. Dans l'observation 107, par exemple, nous avons injecté 5 ampoules de Rétropituine dans les veines sans succès, et dans l'observation 113, 0,20 ctg. d'extrait sous forme de Physéine, sans obtenir davantage.

Il faut remarquer que le succès de l'observation 110 concerne une multipare qui avait dépassé le terme de 6 jours et qui peut-être avait déjà eu un commencement de travail. Le fait serait donc un peu particulier et prête en tous cas à discussion, d'autant plus que les membranes étaient rompues.

Ces conclusions sont en somme conformes à celles des auteurs français qui ont cherché à provoquer le travail à terme ou aux environs du terme, avant tout début spontané. Siguret admet que dans ces circonstances, l'extrait hypophysaire est peu actif. Brindeau rapporte un échec; Metzger, Lequeux, ne sont pas plus convaincus.

Ce qui explique les deux succès de Stern, qui sont les seuls vraiment valables parmi ceux qui ont été rapportés, c'est sans doute l'énormité des doses d'hypophyse qu'il a employées : 1^{er} cas : grossesse gémellaire, 4 injections de 0.60 ctg., 2 gr. 40 au total. 2^e cas : en quatre jours, 6 injections de 0.60 ctg., une de 0.10, soit 3 gr. 70 (Pituitrine). Peut-être que l'emploi de ce traitement intensif donnerait des résultats plus

probants que ceux que nous avons obtenus, mais il ne nous paraît pas sans inconvénients d'adopter cette technique un peu brutale.

Il nous semble préférable d'avoir recours pour la provocation du travail à une méthode mixte, qui associe l'extrait hypophysaire aux procédés mécaniques (ballons, etc.).

II. — POUR HATER LA DÉLIVRANCE

Dès l'instant que l'extrait de lobe postérieur d'hypophyse est un stimulant de la fibre utérine, il semble qu'il doive agir aussi sur la délivrance qui est, somme toute, le résultat elle aussi, de la contraction de l'utérus, après l'expulsion du fœtus. On pouvait donc penser à priori, que la médication hypophysaire rendrait service dans les cas où l'utérus étant plus ou moins inerte, la délivrance est retardée et où, par suite, une hémorragie peut survenir. Evitant de même la délivrance artificielle, l'extrait d'hypophyse deviendrait le complément des injections chaudes vaginales ou utérines et des massages de l'utérus.

Plusieurs auteurs ont affirmé que les contractions provoquées par l'extrait hypophysaire donné pendant l'accouchement se continuaient avec une intensité suffisante pendant la période de délivrance et que celle-ci était favorisée.

C'est ainsi que Stern conclut à une délivrance spontanée, rapide et sans perte considérable de sang. Fabre et Rhenter, sur neuf malades traitées pendant l'accouchement, ont eu six délivrances normales et trois délivrances artificielles. Siguret constate que la délivrance s'effectue toujours assez rapidement, etc.

Mais il ne s'agit dans tous ces cas que de la prolongation de l'action de l'hypophyse (donné au cours de l'accouchement) jusqu'au moment de la délivrance. Nous n'avons trouvé dans aucun auteur, d'observa-

tion concernant l'emploi de l'extrait hypophysaire, exclusivement dans le but de hâter la délivrance.

Voici ce que nous avons constaté à ce point de vue :

OBSERVATION CXVI

Madame G..., 23 ans. I-pare.

Dernières règles, le 20 juin 1914.

Premières douleurs, le 10 avril 1915, à 21 h.

Entrée le 10 avril à 23 h. 30, la dilatation étant de « 50 cent. ».

La dilatation est complète le 11 avril à 8 h. Rupture artificielle des membranes. Liquide teinté de méconium.

A. 9 h. 25, application de forceps en G. A. Enfant vivant, de 2.650 gr.

A 10 h. 15, la délivrance ne se faisant pas, injection sous-cutanée d'une ampoule de Rétropituitine.

Tension artérielle et pouls : 14/7 et 74, avant et après l'injection.

A 10 h. 45, délivrance artificielle. On trouve le placenta adhérent un peu partout, une partie du placenta semble enchatonnée dans la corne droite : poids : 500 gr.

Suites de couches excellentes, de même la courbe du poids de l'enfant.

OBSERVATION CXVII

Madame K... 34 ans. III-pare. II à terme.

Accouchement spontané à terme, le 21 juillet 1915, à 13 h. 20.

Garçon 3 kilos.

A 15 h. 15, injection sous-cutanée d'une ampoule de Rétropituitine.

Tension artérielle avant et après : 13/7. — Pouls : 92.

A 17 h. 30, délivrance artificielle. Placenta : 570 gr.

Le placenta est presque entièrement décollé et la délivrance se serait vraisemblablement terminée seule.

Suites de couches excellentes.

OBSERVATION CXVIII

Madame A... 19 ans. I-pare.

Accouchement spontané à terme, le 22 février 1915, à 9 h. 35.

Fille vivante : 3.050 gr.

A 10 h. 40, la femme perd un peu et la délivrance ne se décolle pas. Injection intraveineuse de 1 cc. de Rétropituine.

Tension artérielle : 15/8. — Pouls : 88.

A 10 h. 55, délivrance naturelle. Placenta, 700 gr.

Tension artérielle : 16/8 1/2. — Pouls : 76.

Suites de couches excellentes. Enfant : courbe de poids moyenne.

OBSERVATION CXIX

Madame L.... 21 ans, ménagère. II-pare. 1^{er} accouchement au terme de 8 mois : mort-né.

Dernières règles, le 3 mai 1915.

Premières douleurs, le 14 février 1916, à 8 h.

Entrée à la salle de travail le 14 février à 19 h. la dilatation étant comme une petite paume de main. Rupture artificielle des membranes. O. I. D. P. Battements du cœur bons.

La dilatation est complète à 18 h. 30.

A 19 h. la femme accouche d'une fille vivante du poids de 3 k. 400.

A 20 h. le placenta n'est pas décollé, la parturiente n'a pas eu une seule contraction depuis l'accouchement.

On fait une injection intraveineuse de 2 c. c. de Rétropituine. Le pouls est à 120.

A 20 h. 45, la parturiente accuse quelques douleurs de reins. On fait des tentatives d'expression et de traction combinées. Le placenta apparaît à la vulve; il est complet sauf quelques petits morceaux de caduque qui manquent; la face utérine est granuleuse. Poids : 660 gr.

Révision utérine. Lavage utérin à la liqueur de Labarraque.

Après l'injection de Rétropituine, le pouls était de : 118.

Suites de couches excellentes de même que la courbe de poids de l'enfant.

OBSERVATION CXX

Madame M... 24 ans, S. P. III-pare. 1^{er} avant terme, à 3 mois.

Deuxième à terme.

Accouchement spontané avant terme (à 8 mois), le 30 décembre 1916, à 4 h. 30. Siège décomplété, mode des fesses. Fille débile de 2 k. 300 gr.

A 5 h. 45, hémorragie, le placenta n'est pas décollé. Injection sous-cutanée de 1 c. c. de Physéine.

A 6 h. 5, on fait une délivrance artificielle, car la malade continue à perdre du sang et a des tendances syncopales. L'intervention est très pénible, l'utérus se contracte sur la main et nous sommes obligés de détacher le placenta par morceaux. Poids : 350 gr.

Le troisième jour après l'accouchement, c'est-à-dire, le 1^{er} janvier, on fait un lavage curetage avec la sonde-curette et on ramène des débris placentaires.

La température qui était à 38°5 ne descend pas franchement malgré les injections intra-utérines quotidiennes et une injection intraveineuse de collargol.

Le 8 janvier, phlébite nette du membre inférieur droit.

Sort en bon état le 15 février 1917. La phlébite a été légère.

Sur cinq cas nous avons donc eu deux échecs (Obs. 116, 120), un demi-échec (Obs. 117) et deux succès (Obs. 118 et 119). Il est à noter que dans l'observation 116, on a constaté au moment de la délivrance artificielle, que le placenta était plus ou moins enchatonné dans la corne droite de l'utérus. Cette notion éveille l'idée de la possibilité de l'enchatonnement du placenta sous l'influence des contractions utérines violentes que détermine l'extrait hypophysaire donné dans le but de hâter la délivrance et ce point mérite d'être souligné. L'utérus, en effet, dans cette occurrence, se contracte en entier et ne trouve à chasser qu'une masse molle, d'un volume somme toute assez faible, le placenta, et l'on comprend que celui-ci puisse être emprisonné dans une poche de contractions correspondant à son point d'insertion.

Il y a donc des réserves à faire au sujet de l'emploi de la médication hypophysaire pour hâter la délivrance.

Néanmoins, employée prudemment et aux doses voulues, elle peut rendre des services, comme dans le cas de la I pare et de la II pare, que nous avons rapportés.

III. — DANS LES HÉMORRAGIES POST-PARTUM,
PAR INERTIE UTÉRINE

Les auteurs sont loin d'être d'accord sur l'efficacité de l'extrait hypophysaire dans les hémorragies post-partum par atonie utérine.

On a accusé, comme nous le verrons plus loin, l'hypophyse, administrée pendant le travail, de prédisposer à l'inertie après l'accouchement et l'on a dit que le muscle utérin, surmené par le travail excessif qui lui a été imposé, devenait incapable, après l'expulsion, de revenir sur lui-même.

En ce qui concerne l'action de l'extrait hypophysaire sur l'inertie post-partum, voici ce qu'en pensent les différents auteurs qui se sont occupés de la question.

Bell se loue de l'emploi qu'il en fit dans trois cas et il remarque tout le bénéfice que l'on retire de l'action hypertensive toni-cardiaque du médicament, lorsque la parturiente présente des signes ou une menace de collapsus.

Aarons (de Londres), dans 70 cas, a obtenu avec ce traitement d'excellents résultats.

Foges et Hoffstœtter, Klotz, Ross, Schmidt, Fischer, etc., etc., s'en montrent très partisans.

Schmidt en particulier, employa l'extrait d'hypophyse dans 118 cas, avec succès complet, et il attire l'attention sur ce fait qu'on peut l'utiliser préventivement, avant le décollement du placenta, ce qui ne saurait s'admettre avec l'ergot de seigle.

Clipton (de New-York) a obtenu 16 succès sur 18 cas et Reiss relate 30 cas favorables.

Par contre d'autres auteurs réprouvent l'emploi de la médication hypophysaire dans le traitement des hémorragies post-partum. Hofbauer, par exemple, Fries, Studeny, préfèrent, lorsque l'utérus est vide, utiliser l'ergot de seigle et l'ergotine.

Nous avons observé, pour notre part, les faits suivants :

OBSERVATION CXXI

Madame K...

Accouchement artificiel à terme le 26 mars 1915.

Application de forceps en G. A.

Garçon de 4 k. 250. — Placenta : 730 gr.

Dix minutes après la délivrance, l'utérus est mou. On fait une injection de 1 c. c., sous-cutanée, de Rétropitutine.

L'utérus se contracte aussitôt.

Le 27 mars, utérus mou. Tendance à l'hémorragie. Ergotine.

OBSERVATION CXXII.

Madame D... I-pare. 26 ans.

Accouchement spontané à terme le 20 mars 1915. Fille vivante, poids : 3 k. Placenta : 520 gr.

Délivrance naturelle. Hémorragie tout de suite après la délivrance.

Injection sous-cutanée d'une ampoule de Physéine Grémy.

L'utérus durcit aussitôt.

Suites de couches, rien de spécial.

OBSERVATION CXXIII

Madame H...

Accouchement à terme, le 19 février 1915. Fille de 3 k. 810. Placenta : 640 gr.

2 h. 20 après, hémorragie. On donne une injection sous-cutanée de 1 c. c. de Rétropitutine (0 gr. 10). Injection utérine chaude.

L'hémorragie s'arrête 30 minutes après l'injection.

OBSERVATION CXXIV

Madame L... 32 ans, II-pare. 1^{er} accouchement dystocique en 1914, basiobiopsie.

Accouchement dystocique à terme le 16 mars 1916. (Procidence du cordon). Siège complet. Enfant né en état de mort apparente, poids : 3 k. 390, ranimé au bout d'une heure et demie et mort 2 jours plus tard.

Délivrance naturelle. Placenta : 650 gr. face utérine irrégulière.

Après l'accouchement l'utérus est inerte; on fait une injection intraveineuse d'une ampoule de Physéine Grémy.

Cinq minutes après l'injection l'utérus est bien contracté.

Suites de couches excellentes. Jamais de température. Sort le onzième jour en bon état.

OBSERVATION CXXV

Madame L... 25 ans, ménagère. II-pare. I à terme.

Accouchement spontané à terme le 9 juillet 1916. Fille vivante de 2 k. 800 gr.

Délivrance. Placenta : 550 gr.

Le 16 juillet, hémorragie abondante. Syncope. Injection intra-utérine chaude. L'hémorragie continue. On fait alors une injection intraveineuse de 1 c. c. de Physéine. L'hémorragie continue.

Une revision utérine permet d'extraire un cotylédon.

Nouvelle injection intra-utérine et l'hémorragie s'arrête.

OBSERVATION CXXVI

Madame M... 32 ans. I-pare. S. P.

Accouchement spontané à terme le 4 juillet 1916. Fille vivante de 3 k. 150 gr. Placenta : 510 gr.

Aussitôt après la délivrance, hémorragie assez abondante. Injection sous-cutanée de 1 c. c. de Physéine. L'hémorragie s'arrête en 8 minutes.

Rétention d'urine après l'accouchement : urine spontanément après une nouvelle injection (intraveineuse cette fois) de Physéine.

Dans la suite des couches, lymphangite, abcès multiples des deux seins. Ensuite phlébite des deux membres inférieurs.

Sort en bon état deux mois plus tard.

OBSERVATION CXXVII

Madame W... 37 ans. VI-pare. IV à terme. I à 4 mois.

Accouchement spontané à terme le 3 mars 1917, à 18 h. 15.

Fille de 3 k. 635. Placenta 950 gr. Délivrance naturelle à 17 h. 30.

A 20 h. hémorragie de la délivrance qui ne cède pas à une injection d'ergotine, mais qui s'arrête aussitôt après une injection intraveineuse d'une ampoule de Physéine (5 c. c.).

Sur sept cas, nous avons eu un échec franc (Observation 121), un échec dont le traitement n'est pas responsable (rétention d'un cotylédon. Obs. 125); un demi-succès (Obs. 123) et quatre succès complets. Il faut remarquer que dans l'observation 127, l'ergotine avait été inutilement employée, lorsqu'une injection de Physéine a permis ensuite de tarir l'hémorragie. Il semble ici encore que la Rétropituine a été employée à dose insuffisante (Obs. 121 et 123) et qu'il eût été préférable de l'injecter dans les veines.

On ne peut donc conclure à l'inefficacité de l'extrait hypophysaire dans les hémorragies post-partum, néanmoins on ne saurait être trop armé et jusqu'à ce que l'on ait établi pour chaque variété de ce médicament la dose utile et la voie d'introduction la meilleure, nous pensons qu'il ne faut pas rejeter l'ergotine.

Toutefois, comme Bell l'a fait si judicieusement remarquer, on sera plus porté à traiter d'abord les hémorragies du post-partum par l'hypophyse, à cause de son heureuse action toni-cardiaque et hypertensive, quitte à lui associer ultérieurement, si cela est nécessaire, l'ergot de seigle.

IV. — DANS L'OPÉRATION CÉSARIENNE

Comme on avait constaté expérimentalement l'ischémie provoquée par l'extrait hypophysaire au niveau du réseau vasculaire de l'utérus qui, sous son influence, devient non seulement dur et rigide, mais pâle et exsangue, on a été tout naturellement amené à l'idée de mettre cet extrait à profit dans l'opération césarienne, pour obtenir l'hémostase préventive. On l'a également employé dans le but d'obtenir une délivrance plus rapide dans le procédé vaginal de Dürsen.

Bell, qui a, ici encore, la priorité, l'employa dans deux cas de césarienne abdominale avec bons résultats.

Foges et Hoffstoetter dans six cas, se félicitent de l'extrait hypophysaire et le déclarent supérieur à l'ergotine.

Fischer rapporte un succès sur deux cas. Hirsch et Kroemer se louent de lui. Schmidt avec 3 cc. 5 de pituitrine, en deux fois, eut un excellent résultat et dans trois autres cas, il eut l'idée d'injecter la préparation directement dans l'utérus : le succès fut aussi complet que possible.

Stern obtint cinq succès sur six cas de césarienne cervicale : le placenta fut expulsé dans de bonnes conditions.

Dans des césariennes abdominales Studeny obtint un succès sur deux cas.

Par contre Joeger échoua dans un cas et Schœffer trouvant que l'extrait hypophysaire ne donne pas de résultats assez prolongés, déclare lui préférer l'ergotine.

M. le Professeur Bar a eu l'occasion d'utiliser l'extrait hypophysaire au cours des césariennes avant le début du travail. Dans un cas, il a dû recourir à l'ergotine pour obtenir une contraction suffisante de l'utérus.

M. Brindeau a employé deux fois l'extrait hypophysaire, au début des césariennes avec de bons résultats : l'utérus se contracta bien et la perte de sang fut minime.

M. Lequeux, enfin, sur deux cas, a eu un succès et un insuccès (on fut obligé de recourir à l'ergotine).

Il est difficile, au milieu de ces résultats contradictoires et en l'absence d'une expérimentation personnelle, de se faire une opinion ferme et valable sur les qualités que présente l'extrait d'hypophyse pour être employé au cours des opérations césariennes.

Nous nous contenterons donc d'exprimer les idées suivantes qui résultent de nos connaissances sur ce

sujet et dans les autres circonstances de l'accouchement.

Il semble indiqué d'utiliser en premier lieu l'extrait hypophysaire et en particulier la Physéine qui, comme on a pu le voir, est douée d'une puissance d'action énorme, même par voie sous-cutanée. Cette médication a l'avantage de ses propriétés toni-cardiaques et ischémiantes; elle facilite de plus l'expulsion de l'arrière-faix. Le procédé de Schmidt qui consiste à injecter le médicament directement dans l'utérus nous paraît extrêmement intéressant et il serait important, lorsqu'on le pourra, de vérifier les assertions de cet auteur sur ce point, puisqu'il a obtenu, de cette manière, des résultats remarquables.

Dans le cas où l'extrait d'hypophyse ne donnerait pas tout ce qu'on attend de lui, il sera loisible d'avoir recours à l'ergotine dont les propriétés ne sont certes pas à dédaigner, mais il faudra craindre alors la tétanisation utérine, la rétention placentaire et se passer des avantages toniques généraux de l'hypophyse, si l'injection que l'on en aura faite a déjà épuisé à ce moment-là son action.

Somme toute, on ne doit pas, semble-t-il, être exclusif et rien n'oblige, entre deux moyens utiles, de ne recourir qu'à un seul. Il appartient à l'accoucheur de savoir profiter, selon les circonstances, des armes dont il dispose.

V. — DANS L'AVORTEMENT

L'emploi de l'extrait hypophysaire peut être légitime dans trois cas :

- 1° Pour provoquer l'avortement.
- 2° Pour activer un avortement en cours.
- 3° Pour terminer un avortement incomplètement fait.

PROVOCATION DE L'AVORTEMENT

La question de savoir si l'extrait hypophysaire est capable de provoquer l'avortement a une importance exceptionnelle, en raison de ce fait que, d'une part, les circonstances ne sont pas rares dans lesquelles l'accoucheur est amené à provoquer légitimement l'interruption d'une grossesse, et que, d'autre part, il est capital, au point de vue social, d'établir si une médication est réellement abortive, à cause des abus inévitables que l'on en pourrait faire.

Or, de même que l'on a cherché à provoquer l'accouchement au moyen de la médication hypophysaire (avec les résultats inconstants que nous avons vus), de même on a recherché si cette médication avait un pouvoir provocateur sur l'avortement.

Voici ce que les auteurs qui nous ont précédée ont constaté :

— Otto Fischer, 1 cas, multipare, grossesse de 4 mois; 0.30 cfg. de pituitrine en 3 fois. quelques douleurs, résultat nul.

— Hamm, 1 cas, multipare, grossesse de 4 mois, 1 gr. 80 de pituitrine répartis en 3 jours. Résultat nul.

— Schœffer : 1 cas au 3^{me} mois; 1 cas au 5^{me} mois. Pituglandol. Résultat nul.

— R. Stern : échec constant.

— Zinsser : 1 cas au 3^{me} mois et 1 au 6^{me} mois. Résultat nul.

— Richter : échec complet dans 5 cas.

— Schiffmann : échec dans 4 cas.

— Hell : 22 échecs sur 22 cas.

— Commandeur et Devin : 1 cas au 4^{me} mois, fœtus mort : 2 c. c. de pituitrine — échec.

Il résulte de tous ces faits que l'extrait hypophysaire est un médicament impropre à provoquer l'avor-

tement. Ce n'est même pas une question de doses, car on a vu que Hamm, avec 1 gr. 80 de pituitrine chez une multipare, n'a obtenu aucun résultat. Le plus souvent on n'obtient que quelques faibles contractions passagères, incapables de provoquer l'expulsion de l'œuf.

L'extrait de lobe postérieur d'hypophyse n'est donc pas un médicament abortif.

Cela était à prévoir avec ce que nous savons de ses propriétés au cours de la grossesse, et l'on peut dire que, parti d'une action égale à zéro au cours des premiers mois de la gestation, l'extrait d'hypophyse ne commence à manifester nettement son pouvoir thérapeutique qu'à la fin de la grossesse, et que son activité est d'autant plus grande que l'on est plus rapproché du terme et, au cours du travail, de la dernière phase de l'accouchement.

TRAITEMENT DE L'AVORTEMENT EN COURS

Lorsque l'avortement est commencé, la médication hypophysaire donne des résultats, mais ils semblent assez inconstants, si l'on en croit les différents auteurs.

Fischer rapporte un cas où au 6^e mois, une injection permit de terminer un avortement dans une grossesse gémellaire.

Grünbaum relate un insuccès au 5^e mois.

Hamm, sur 6 cas, réussit avec la seule médication

Hamm, sur 6 cas, réussit dans deux avec la seule médication pituitaire, mais dans les autres, il fut obligé de la combiner avec l'emploi de procédés mécaniques.

Richter accuse seulement des insuccès; Vogt, au contraire, a réussi 3 fois sur 7.

Schiffmann, Studeny rapportent des résultats incertains; de même Hauch et L. Meyer, Parisot et Spire, n'ont eu que des échecs.

Hell, Commandeur et Devin, Vayssières ont eu des succès.

Mais il semble que les résultats favorables aient été observés quand les contractions utérines étaient déjà éveillées, et cela rappelle tout à fait ce que nous savons de la quinine dans les mêmes circonstances.

Nous avons, pour notre part, pu pratiquer des injections hypophysaires dans les 6 cas suivants :

OBSERVATION CXXVIII

Madame M... II-pare. Avortement de 2 mois.

Dernières règles... (?)

Entre au dortoir pour métrorragies abondantes, le 3 octobre 1915.

A 23 h. 20, injection intraveineuse de deux ampoules de Rétropuitine. Les contractions de l'utérus se réveillent, reviennent toutes les 3 minutes: le col est long et perméable sur toute son étendue.

Tension artérielle : 12/7, avant l'injection. 12 1/2 7 après.

Pouls : 120 avant; 116 après.

A 0 h. 15, le 4 octobre, c'est-à-dire trois quarts d'heure après l'injection, l'hémorragie continuant, on fait un curetage qui ramène l'œuf en partie décollé.

Suites de couches excellentes, la température n'a jamais dépassé 37°3.

OBSERVATION CXXIX

Madame S... 30 ans. V-pare. III à terme. I avant terme.

Dernières règles, le 2 octobre 1915.

La malade dit qu'elle perd du sang depuis le 9 janvier 1917.

Le 14 janvier, utérus développé comme pour deux mois et demi. Col perméable. Pertes fétides. Température 38°.

Le 15 janvier, à 11 h. 25 et à 16 h. 30, injection sous-cutanée chaque fois de 2 ampoules de Rétropuitine sans résultat.

Le 16 janvier, la malade refuse de se laisser mettre une laminaire et sort sur sa demande.

Tension artérielle avant l'injection : 15/9. — Pouls : 102.

Tension artérielle après l'injection : 16/9.5. — Pouls : 92.

OBSERVATION CXXX

Madame M... I-pare.

Dernières règles du 12 au 17 mai 1915.

Depuis le 8 septembre, métrorragies malgré le repos absolu; injections vaginales chaudes et deux lavements laudanisés par jour.

Le 23 septembre, hémorragie plus abondante, douleurs.

Le 24 septembre, température : 37°9.

A 9 h. 40, col en voie d'effacement, perméable au doigt.

Tension artérielle : 14,5/7. — Pouls : 100.

A 9 h. 45, injection intraveineuse de 2 ampoules de Rétropituine.

A 10 h. 20, même tension; même pouls.

Les douleurs qui étaient devenues très fortes après l'injection, sont de nouveau faibles. L'œuf complet est dans le vagin. Badigeonnages à la glycérine créosotée. Embryon, longueur 1 cent. Bourgeon des extrémités supérieure et inférieure. Bourgeon génital à peine ébauché (en somme arrêt de développement).

Placenta partout épais : 70 grammes.

Suites de couches excellentes, la température n'a pas dépassé 37°2.

OBSERVATION CXXXI

Madame S..., 28 ans. VII-pare.

Grossesses précédentes; 3 à terme, 4 avant terme.

Réglée à 14 ans, irrégulièrement. Règles en général retardées.

Dernières règles, le 8 mai 1915.

Entre au dortoir le 21 juillet pour des métrorragies qui durent depuis trois semaines.

A 21 h. le col est fermé.

Le 22 juillet, température : 40°2. Le col est fermé.

A 14 h., métrorragie légère, col toujours fermé. Injection intraveineuse de 2 ampoules de Rétropituine.

Tension artérielle avant l'injection : 14/7, 5.

Tension artérielle 1 h. après l'injection : 15,5/8,5.

Pouls : 104 avant, 80 après l'injection.

A 15 h. 30, expulsion spontanée d'un embryon de deux mois environ, mais rétention placentaire.

Curettage ramenant placenta et membranes.

Le soir, température : 37°8. Le lendemain, température : 37°2.

Guérison, sortie le 11^e jour.

OBSERVATION CXXXII

Madame C... 31 ans, charbonnière, VI-pare. V à terme.
Dernières règles, le 18 décembre 1915.

Entre à l'isolement de la Maternité de l'hôpital Rothschild pour des métrorragies qui persistent depuis le 1^{er} février.

Température : 38°4.

Au toucher, et palper combinés, l'utérus semble développé comme pour une grossesse de deux mois et demi. Pas de douleurs.

A 11 h. 30, injection sous-cutanée d'une ampoule de Physéine. Un quart d'heure après l'œuf est expulsé en deux temps. Premier temps : expulsion spontanée d'un embryon. Deuxième temps : extraction manuelle du placenta décollé. Hémorragie. Tendance à la syncope; quoique la délivrance semble complète on fait une injection intra-utérine avec de la liqueur de Labarraque et un badigeonnage à la glycérine créosotée. Sérum artificiel, un demi-litre. Huile camphrée.

Tension artérielle avant l'injection de physéine : 10,5/7.

— Pouls : 104.

Après l'injection, tension artérielle : 11/7. — Pouls : 112.

La température tombe à 37°2 le lendemain et s'y maintient.

La parturiente sort huit jours plus tard en bon état.

OBSERVATION CXXXIII

Madame D... 30 ans, ménagère. VIII-pare. IV à terme, III avant terme.

Dernières règles... (?)

Le 7 mai 1917 paraît être enceinte de 5 mois environ. Elle vient pour des « pertes de sang ». Au toucher, le col est en voie d'effacement et dilaté comme « 1 fr. ».

Injection sous-cutanée de 2 ampoules de Physéine Grémy.

Aucun effet; d'ailleurs la parturiente n'a plus de pertes sanguines. Fait son avortement le 13 mai 1917.

Sur 6 cas, nous avons eu 3 succès (Obs. 130, 132, 133), deux demi-succès (Obs. 128, 131, dans lesquelles l'expulsion incomplète a nécessité un curettage) et un échec (Obs. 129) malgré l'emploi, dans ce cas, de 4 ampoules de Rétropituine en injections sous-cutanées. La Rétropituine n'a abouti à un bon résultat que par

voie veineuse, tandis que la Physéine a également réussi par voie sous-cutanée.

Il s'agissait, dans tous ces cas, d'hémorragies au cours de l'avortement et, somme toute, la médication hypophysaire s'est montrée très utile, à la fois comme hémostatique et comme évacuant de l'œuf.

RÉTENTION PLACENTAIRE

Dans le cas de rétention placentaire au cours de l'avortement, les auteurs ne signalent guère que des succès.

Commandeur et Devin ont eu 2 échecs sur deux cas, et Vayssières aussi.

Au contraire, R. Stern, qui employa, il est vrai, des doses répétées, parvint, dans un avortement de 3 mois, à provoquer l'expulsion du placenta.

Tellenberg, dans un cas, ne réussit qu'à provoquer des contractions utérines sans obtenir l'expulsion placentaire, et il conclut à l'inutilité de cette médication.

Nous avons, pour notre part, traité 8 cas de rétention placentaire par l'extrait d'hypophyse.

OBSERVATION CXXXIV

Madame M... 34 ans. V-pare. IV accouchements précédents à terme.

Avortement de... (?) premier temps... (?)

Entré au dortoir pour métrorragie le 27 novembre 1915.

Le 28 novembre 1915, à 10 h. 30, la malade perd assez abondamment. Au toucher, le col est perméable au doigt, on le sent obstrué par des caillots.

Tension artérielle : 11,5/6,5. — Pouls : 104.

On injecte une ampoule et demie de Rétropituine par voie veineuse.

20 minutes après, tension artérielle : 12,5/6,5. — Pouls : 100.

L'œuf semble décollé. Dilatation de « 1 fr. ».

Extraction manuelle de morceaux placentaires et mem-branoux, une partie du placenta étant encore adhérente.

Badigeonnage à la glycérine créosotée.

Température : 38°2. Huile camphrée; 500 gr. de sérum.

Le 30 novembre, la température restant aux environs de 38° le soir, curettage qui amène un petit morceau placen-taire.

Badigeonnage à la glycérine créosotée.

Le 1^{er} décembre, 39°2. Le 2 décembre la température des-cend et le 9 décembre la malade part en bon état.

OBSERVATION CXXXV

Madame C... VI-pare. 32 ans. Infirmière. V à terme.

Avortement de 3 mois.

1^{er} temps. (?)

Le 15 janvier 1916, hémorragie très abondante.

A 13 h. le col est largement ouvert, rempli de caillots.

Injection intraveineuse de deux ampoules de Rétropituine
Carrión. Tension artérielle, 14/7,5. — Pouls : 108.

A 13 h. 15, tension artérielle 14,5 7,5. — Pouls : 120.

L'hémorragie diminue et s'arrête à 13 h. 45.

A 16 h. la température est de 39°3.

Un curettage ramène des morceaux placentaires.

La température tombe le lendemain.

La malade sort le 21 janvier en bon état.

OBSERVATION CXXXVI

Madame D... I-pare. 32 ans. Infirmière.

Dernières règles.... (?)

Avortement de trois mois et demi fait en deux temps.

Expulsion d'un embryon du poids de 150 gr., le 30 octobre
à 18 h. Après cette expulsion spontanée le col se referme, la
malade ne perd pas; pas de contractions utérines.

A 18 h. 15, tension artérielle 13/7. — Pouls : 120.

Injection intraveineuse d'une ampoule de Rétropituine.

20 minutes après, les contractions se réveillent et revien-nent toutes les 7 minutes pendant 1 h.

Tension artérielle 13,5/7. — Pouls : 100.

A 18 h., contractions toutes les trois minutes.

A 18 h. 30, expulsion spontanée du placenta.

Suites de couches excellentes, la température n'a jamais
dépassé 37°2.

Part le 9^e jour sur sa demande.

OBSERVATION CXXXVII

Madame G... VI-pare. V à terme.

Dernières règles, le 10 mars 1915.

A 14 h. 15, injection sous-cutanée de 2 ampoules de Rétro-pituine.

Tension artérielle avant l'injection : 14/7,5. — Pouls : 80.

Aucun effet. Le soir, 1 gr. quinine. Aucun effet.

Le 15 avril, curettage ramenant le placenta.

OBSERVATION CXXXVIII

Madame B... 29 ans, couturière. II-pare.

Dernières règles... (?) Grossesse de 2 mois environ.

Arrive le 18 avril à 2 h. pour des métrorragies qui durent depuis le 16 avril.

Température : 39°2.

L'avortement étant inévitable, on met une laminaire n° 20.

A 10 h. 15, tension artérielle : 11,5/6,5. — Pouls : 90.

A 10 h. 25, injection intraveineuse d'une ampoule d'Hy-pophyse de Choay.

Deux minutes après, la parturiente dit avoir des douleurs dans le ventre.

A 10 h. 40, tension artérielle : 11,5/6,5. — Pouls : 82.

A 12 h., deuxième injection, mais sous-cutanée, d'une ampoule de Choay.

A 16 h. curettage, ramenant le placenta, qui semble décollé en grande partie.

La malade quitte l'hôpital 8 jours après en bon état.

OBSERVATION CXXXIX

Madame C..., 34 ans, ménagère. III-pare. II à terme.

Dernières règles, le 23 avril 1916.

Entre le 7 juillet 1916 pour des métrorragies qui durent depuis 15 jours (?).

Le 11 juillet, la malade continue à perdre du sang malgré les injections de morphine et le repos absolu.

A 9 h. 30, injection intraveineuse de Physéine Grémy.

La tension artérielle et le pouls ne se modifient pas après l'injection.

Tension artérielle : 15/8. — Pouls : 86.

A 16 h., laminaire et 2° injection intraveineuse de Physéine.

Le 12 juillet on retire la laminaire : quelques pertes fétales.

Le 14 juillet, température : 39°7. Curettage qui ramène des débris placentaires.

En réalité dans ce cas, le premier temps de l'avortement était fait depuis longtemps, et il ne restait que des débris placentaires.

OBSERVATION CXL

Madame B... 29 ans, couturière. II-pare.

Dernières règles...? Grossesse de...?

Entre à la Maternité de l'hôpital Rothschild le 18 avril 1916 pour métrorragie apparue depuis deux jours.

Température : 39°2. — On met une laminaire n° 20.

Le 19 avril, au matin, la dilatation est de « 50 cent. ».

Injection intraveineuse d'une ampoule d'Hypophyse de Choay, à 10 h. 25.

Deux minutes après la parturiente dit « avoir des douleurs dans le ventre ».

Tension artérielle : 11,5/6,5 avant et après l'injection. Pouls : 90 avant et 82 après.

A 12 h., deuxième injection sous-cutanée d'une ampoule de Choay.

A 6 h., la curette ramène facilement le placenta, qui semble décollé.

Part 8 jours plus tard en bon état.

OBSERVATION CXLI

Madame G... 26 ans. II-pare. I à terme.

Avortement de 3 mois, 1^{er} temps fait en ville.

Le 18 mai 1917, à 18 h., le vagin est rempli de caillots, le col est légèrement ouvert.

Injection sous-cutanée de 2 ampoules de Physeïne Grémy.

A 19 h. c'est-à-dire, 2 h. après l'injection, le placenta est engagé dans le col. On fait une revision utérine.

Quelques débris sont extraits avec la curette. L'écouvillon ne retire rien.

Injection intra-utérine. Badigeonnage à la glycérine créosotée.

Sort en bon état 10 jours plus tard.

Nous ne trouvons sur ces 8 cas que deux succès (Obs. 133 et 141), deux demi-succès (Obs. 139, il n'y avait plus dans l'utérus que des débris placentaires, et Obs. 140, dans laquelle le placenta paraissait décollé), et 4 échecs absolus (Obs. 134, 135, 137, 138). Ces résultats ne sont pas très encourageants, et il ne semble pas que le traitement hypophysaire trouve une indication bien nette dans la rétention placentaire de l'avortement. Il a une action lorsque le placenta est retenu en entier mais ne peut remplacer le curettage quand il ne reste dans l'utérus que des débris placentaires.

Néanmoins, il peut-être indiqué de mettre à profit les propriétés de l'extrait hypophysaire dans les cas où le col est fermé, mais en le combinant avec les autres moyens et en attendant que l'on puisse faire le curettage.

CHAPITRE IV

L'HYPOPHYSE CONTRE LA RETENTION D'URINE DU POST-PARTUM

L'action contractile de l'extrait d'hypophyse (lobe postérieur) ne s'exerce pas seulement sur la fibre musculaire lisse de l'utérus; elle se porte également sur le système musculaire lisse des autres viscères, et en particulier de la vessie.

Les recherches expérimentales de Dale, en 1909, avaient fait connaître la participation de la vessie au processus de contraction musculaire déclanchée par l'extrait hypophysaire.

Les expériences de Franckl. Hochwart sur la chienne, la chatte et la lapine, et celles de Frœlich, confirmèrent nettement le fait.

Il était donc naturel de faire appel à la glande pituitaire pour le traitement des rétentions d'urine post-partum, comme Aarons l'a fait aussi pour lutter contre l'atonie intestinale.

Hofbauer obtint des mictions spontanées chez des femmes en cours de travail ou récemment accouchées, et qui n'avaient pu uriner.

Ebeler, employant la même médication, parvint, dans 5 cas sur 5 au résultat voulu dans un temps variant de 15 minutes à 2 heures.

O. Fischer, Hoffstœtter ont pu se louer de ce traitement qui est plein d'avantages et dénué de tout inconvénient. A de rares exceptions près, les mictions redeviennent définitivement spontanées après que l'injection d'hypophyse a provoqué la première.

Parisot et Spire ont eu des succès dans 3 cas sur 4.

M. Schwab (observations inédites) nous signale des effets très favorables aussi dans beaucoup de cas, et cependant il employa l'extrait hypophysaire total en cachets, qu'Hoffstoetter déclarait inactif ainsi.

Les conclusions de ces auteurs étaient fort encourageantes, et nous avaient laissé cette impression que la fibre lisse de la vessie semblait présenter une sensibilité toute particulière à l'action de l'extrait hypophysaire.

Nous avons donc entrepris des recherches à ce sujet, et voici le résultat de notre expérimentation personnelle :

OBSERVATION CXLII

Madame S..., 30 ans. I-pare. Présentation de la face.

Accouchement spontané après une injection intraveineuse de Rétropituine (2 ampoules), le 25 octobre 1915.

Le 26 octobre, la parturiente n'ayant pas uriné, injection intraveineuse de 2 ampoules de Rétropituine à 10 h.

55 minutes plus tard urine spontanément (1 litre environ).

La tension artérielle avant l'injection : 16,5/9. — Pouls : 90.

Après l'injection : 18/10. — Pouls : 82.

Urine spontanément depuis.

OBSERVATION CXLIII

Madame G..., 30 ans, couronnière. I pare.

Accouchement spontané à terme, le 3 décembre 1915. O. I. D. P.

Fille de 3.300 gr. Placenta : 630 gr.

Le 4 décembre, la malade n'a pas uriné depuis son accouchement. À la percussion la vessie remonte à quatre travers de doigt au-dessus du pubis.

À 10 h. 10, tension artérielle : 14/6,5. — Pouls : 72.

Injection intraveineuse de 2 ampoules de Rétropituine.

A 10 h. 50, tension artérielle : 14,5/6,5. — Pouls : 72.

A 11 h. 45, urine spontanément (un litre environ, 1 h. 35 après l'injection).

A 12 h., tension artérielle : 15/7. — Pouls : 68.

Suites de couches excellentes.

OBSERVATION CXLIV

Madame C..., 31 ans.

Le 1^{er} septembre 1915, lendemain de son accouchement, à 10 h. 10, la vessie remonte à 4 travers de doigt au-dessus du pubis.

Tension artérielle : 15/8. — Pouls : 80.

Injection intraveineuse d'une ampoule et demie de Rétropituine.

A 11 h., tension artérielle : 16/8. — Pouls : 72.

A 13 h. 30, urine spontanément, 3 h. 30 après l'injection, (un litre et quart).

Depuis urine spontanément.

OBSERVATION CXLV

Madame L..., 28 ans. III-pare. Syphilitique.

Dernières règles... (?)

Accouchement spontané à terme, le 19 août 1915. Garçon de 2.960 gr. — Placenta : 380 gr.

Aurait été traitée à Saint-Louis par des injections mercurielles.

Le 20 août, à 1 h. 50, rétention d'urine, la vessie remonte à trois travers de doigt au-dessus du pubis.

Tension artérielle : 12/6,5. — Pouls : 76.

Injection intraveineuse d'une ampoule et demie de Rétropituine.

A 10 h. 10, tension artérielle : 12,5/6,5. — Pouls : 68.

A 10 h. 50, une heure après l'injection, la malade urine spontanément (1 litre.) Urine spontanément depuis.

OBSERVATION CXLVI

Madame R..., 23 ans. III-pare.

Albumine au cours du travail.

Accouchement spontané à terme (D. P.) le 12 août 1915.

Garçon de 3.420 gr. — Placenta : 600 gr.

Le 13 août, matin, cathétérisme : 1/2 litre d'urine.

16 h. 40, tension artérielle : 14,5/6,5. — Pouls : 72.

Injection intraveineuse de 2 ampoules de Rétropituine.

A 17 h. 10, tension artérielle : 15/7. — Pouls : 72.

A 19 h., urine trois-quarts de litre environ, c'est-à-dire 2 h. 50 après l'injection.

Le lendemain, à 4 h., urine de nouveau et spontanément depuis.

Le 16 août, traces d'albumine.

Le 17 août, les traces disparaissent.

Suites de couches excellentes. Courbe de poids de l'enfant parfaite.

OBSERVATION CXLVII

Madame P..., 27 ans. I-pare. Suspecte de syphilis.

Accouchement spontané, à terme, le 11 septembre 1915, d'une fille débile de 2.400 gr. — Placenta : 600 gr.

Le 12 septembre, rétention d'urine, ayant commencé avant l'accouchement.

A 9 h. 30, injection intraveineuse de 2 ampoules de Rétropituine.

Tension artérielle avant et après l'injection : 12/7. — Pouls : 72.

A 14 h., urine spontanément, 1 litre (5 h. 30 après l'injection).

Urine spontanément depuis.

Suites de couches excellentes.

OBSERVATION CXLVIII

Madame S..., II-pare.

Accouchement spontané à terme le 13 septembre 1915. (G. A.) Fille de 3.330 gr. — Placenta : 550 gr.

Le 14 septembre, à 12 h., la malade n'a pas uriné depuis son accouchement, néanmoins la vessie remonte à peine à deux travers de doigt au-dessus du pubis.

Tension artérielle : 15,5/8. Pouls : 72.

Injection intraveineuse de 2 ampoules de Rétropituine.

A 12 h. 15, la malade urine un demi-litre (15 minutes après l'injection).

Tension artérielle : 16,5/8,5. — Pouls : 68.

Urine spontanément depuis.

Suites de couches excellentes.

OBSERVATION CXLIX

Madame T..., 22 ans, II-pare. G. A.

Accouchement spontané à terme le 9 août 1915. Fille de 3.635 gr. Placenta : 500 gr.

Le 10 août à 10 h. 20, la malade n'a pas uriné depuis son accouchement. Injection intraveineuse d'une ampoule et demie de Rétropituine.

Tension artérielle : 15/7,5. — Pouls : 74.

A 11 h. 40 urine spontanément (1 litre, 1 h. 40 après l'injection).

Tension artérielle : 16/8. Pouls : 68.

Suites de couches excellentes. Urine spontanément.

OBSERVATION CL

Madame L...

Avortement de 2 mois, 1^{er} temps.... (?)

2^e temps : curetage, le 21 juillet 1915, à 23 h., badigeonnage à la glycérine créosotée.

22 juillet, rétention d'urine. Pus abondant. Albumine par la suite.

Le même jour à 13 h. 30, injection sous-cutanée d'une ampoule de Rétropituine. 5 minutes après, deuxième injection sous-cutanée.

Tension artérielle avant et après l'injection : 12/7. Pouls : 84.

Le 23 juillet Cathétérisme.... 1 litre et quart d'urine.

Le 24 — — 1 litre

Le 25 — — 1 litre et demi.

Le 26 — urine spontanément.

Pus, albumine, température : 38° le soir jusqu'au 8 août.

Lavage de vessie avec l'embout du D^r Lavaud deux fois par jour, 1 gr. d'urotropine. Sort guérie le 16 août.

OBSERVATION CLI

Madame C..., 20 ans, I-pare. G. A.

Accouchement spontané, à terme, le 15 avril 1915, à 5 h. Fille de 3.560 gr. Placenta : 650 gr.

Le soir, cathétérisme de la vessie.

Le 16 avril, la parturiente n'a pas uriné depuis son cathétérisme.

A 10 h., injection intraveineuse d'une ampoule de Rétropituine. Tension artérielle : 14,5/7. Pouls : 72.

A 12 h., tension artérielle : 14,5/7,5. Pouls : 68.

A 14 h., urine spontanément, 1 litre, 6 h. après l'injection. Urine spontanément depuis.

Suites de couches excellentes.

OBSERVATION CLII

Madame G..., 32 ans, fourreuse. III-pare.

Accouchement spontané, à terme, le 19 avril 1915, à 2 h. 30.

Enfant de 3.010 gr. Placenta : 520 gr.

Le 20 avril, rétention d'urine. Cathétérisme.

Le 21 avril, la parturiente n'a pas uriné depuis le cathétérisme de la veille.

A 9 h. 40, injection sous-cutanée de 2 ampoules de Rétropituine. Tension artérielle : 15/7,5. Pouls : 72.

A 11 h. 45, cathétérisme ramenant plus d'un litre d'urine claire. Même tension, même pouls.

Urine spontanément depuis.

Suites de couches excellentes.

OBSERVATION CLIII

Madame K..., 28 ans, IV-pare. O. I. D. P.

Accouchement à terme, le 6 novembre 1915, à 1 h. 45.

Fille de 3 k. 900 gr. Placenta : 650 gr.

Albumine. Le même jour à 10 h. 25, la vessie remonte à trois travers de doigt au-dessus du pubis.

Tension artérielle : 13,5/7,5. Pouls : 96.

Injection intraveineuse d'une ampoule 1/2 de Rétropituine.

A 10 h. 35, tension artérielle : 15/8. Pouls : 86.

Dix minutes après l'injection urine spontanément 1 litre.

Le 8 et le 9 novembre, perd des petits caillots avec l'injection vaginale, continué d'uriner spontanément. Le 8 novembre, plus d'albumine.

Suites de couches excellentes. Jamais plus de 37°2 de température.

OBSERVATION CLIV

Madame A..., 25 ans. II-pare. O. I. D. P.

Accouchement spontané à terme, le 29 octobre 1915 à 17 h. 30. Fille de 3 k. 570 gr. Placenta : 630 gr.

Le 30 octobre à 10 h., rétention d'urine. La vessie remonte à trois travers de doigt au-dessus du pubis.

Tension artérielle : 14,5/7,5. Pouls : 88.

Injection intraveineuse de 2 ampoules de Rétropituine.

A 10 h. 15, tension artérielle : 15,5/8. Pouls : 82.

A 10 h. 25, urine spontanément trois quarts de litre, 10 minutes après l'injection.

Urine spontanément depuis.

Suites de couches excellentes.

OBSERVATION CLV

Madame S..., 41 ans. I-pare. Dernières règles, le 25 janvier 1915.

Accouchement artificiel à terme, le 25 octobre 1915, à 17 h. 15, forceps en G. A. Garçon de 4 k. 050. Délivrance artificielle (hémorragie) à 18 h. 30.

Le 27 octobre, rétention d'urine.

A 10 h. 2, tension artérielle : 12 1/2/7. Pouls : 112.

Injection intraveineuse de 2 ampoules de Rétropituine.

A 10 h. 15, tension artérielle : 13/7. Pouls : 88.

A 12 h., urine spontanément un demi-litre.

A 13 h. 30, urine spontanément 1 litre, 5 h. après l'injection.

Continue d'uriner normalement par la suite.

Suites de couches excellentes.

Courbe de l'enfant très bonne.

OBSERVATION CLVI

Madame P..., 31 ans, comptable. I-pare.

Accouchement spontané, à terme, le 12 décembre à 1 h. O. I. D. P. Fille de 3.500 gr. Placenta : 550 gr.

Le 13 décembre, cathétérisme, la parturiente n'ayant pas uriné.

Le 14 décembre, injection sous-cutanée d'une ampoule de Rétropituine, à 13 h. 25.

Tension artérielle avant et après : 14/8. Pouls : 92.

Cathétérisme à 16 h.

Le 15 décembre, injection sous-cutanée de 2 ampoules de Rétropituine.

A 14 h., cathétérisme, que l'on continue tous les jours jusqu'au 20 décembre.

Suites de couches : température 38° à 38°5, jusqu'au 16 décembre. Curettage. La température descend à 37°8. Escharres vaginales. Même température jusqu'au 22 décembre.

Sort au mois de janvier guérie (sauf périnée).

OBSERVATION CLVII

Madame S..., 25 ans. I-pare.

Accouchement spontané à terme, le 31 octobre à 3 h., O. I. G. A.

Fille de 3 k. 230. Placenta : 630.

Femme suspecte de bacillose pulmonaire. Très nerveuse.

Le 31 octobre, à 16 h. 45, la femme n'ayant pas uriné, injection intraveineuse de 2 ampoules de Rétropituine.

Tension artérielle : 11,5/7. Pouls : 96.

A 17 h., tension artérielle : 12,5/7,5. Pouls : 82.

Le 1^{er} novembre, la femme n'ayant pas encore uriné, nouvelle injection de 2 ampoules de Rétropituine (intraveineuse).

A 10 h., tension artérielle : 11,5, 6,5. Pouls : 84.

A 10 h. ½, tension artérielle : 12,5/7. Pouls : 76.

A 11 h. 45, cathétérisme ramenant un litre et quart d'urine claire.

Le lendemain, cathétérisme ramenant trois quarts de litre d'urine claire.

Suites de couches excellentes.

OBSERVATION CLVIII

Madame T..., 30 ans, VII-pare. 6 à terme.

Accouchement spontané, à terme, le 23 septembre 1915. Fille de 3 k. 580. Délivrance naturelle. Placenta : 600 gr.

A eu une injection de Rétropituine pendant la période d'expulsion. (Accouchement 5 minutes après l'injection intraveineuse).

Le 24 septembre, la malade n'ayant pas uriné, injection intraveineuse de 2 ampoules de Rétropituine.

A 10 h. 20, tension artérielle : 14,5/8,5. Pouls : 72.

A 10 h. 45, urine spontanément un litre environ (25 minutes après l'injection).

Tension artérielle : 15/8,5. Pouls : 72.

Urine spontanément depuis.

3 Suites de couches excellentes.

OBSERVATION CLIX

Madame K..., 18 ans, I-pare.

Accouchement spontané à terme le 11 janvier à 19 h. 20.

Enfant de 3 k. 250. Placenta : 600 gr.

Le 13 janvier, la parturiente n'a pas uriné depuis son accouchement.

A 9 h. 35, tension artérielle : 12,5/8. Pouls : 96

Injection intraveineuse de 2 ampoules de Rétropituine.

A 10 h., tension artérielle : 13,5/8. Pouls : 88.

A 10 h. 15, urine spontanément un litre environ, 15 minutes après injection. Urine spontanément depuis.

Suites de couches excellentes.

OBSERVATION CLX

Madame P..., 18 ans. I-pare.

Accouchement spontané, à terme, le 18 janvier 1916.

Garçon de 3 K. 140. Placenta : 350 gr.

Le 19 janvier, à 10 h. 20, la parturiente n'a pas encore uriné depuis son accouchement. Injection intraveineuse de 2 ampoules de Rétropituine.

Tension artérielle : 14/7. Pouls : 102.

Cinq minutes après l'injection la parturiente urine spontanément 650 c.c.

Tension artérielle : 15/8. Pouls : 90.

La parturiente, très émotive et nerveuse, déclare qu'elle a « envie de rendre » et éprouve des vertiges au moment de la miction (?)

Urine spontanément depuis.

Suites de couches excellentes.

OBSERVATION CLXI

Madame B..., 28 ans. IV-pare.

Le 1^{er} décembre, accouchement à terme spontané, d'une fille vivante du poids de 3.660 gr. Placenta : 550 gr.

Le 2 décembre 1916, à 11 h. 25, la parturiente n'a pas uriné depuis son accouchement. L'utérus est dévié à droite. On lui fait une injection intraveineuse de 2 ampoules d'hypophyse de Choay diluées dans 4 c. c. de sérum artificiel.

La malade urine spontanément à 11 h. 50.

La quantité d'urine est de 400 c. c. (26 minutes après l'injection).

Depuis elle urine spontanément.

OBSERVATION CLXII

Madame M..., 35 ans. VII-pare.

Le 14 septembre 1916, accouchement spontané d'un garçon vivant du poids de 3.750 gr. Placenta : 600 gr.

Le 21 septembre, la malade se plaint de vives douleurs dans la région lombaire gauche irradiant vers l'aîne du même côté, et revenant par crises. On diagnostique : Coliques néphrétiques.

La température s'élève à 39°.

A partir du 21 septembre la malade a de la rétention d'urine qui se maintient jusqu'au 25 septembre. Tous les jours on la sonde.

Le 25 septembre, à 18 h., on lui fait 1 c. c. de Physéine (intraveineuse).

A 19 h., elle fait un frisson qui dure 25 minutes. Après le frisson la température monie à 39°2. Depuis le 24 septembre la température était de 37°2.

Le 26 septembre, à 4 h. 30 du soir la malade urine toute seule, 10 h. 30 après l'injection. La température reste un peu élevée jusqu'au 27 septembre, mais depuis le 21 septembre on a constaté de l'empatement dans la région de la trompe gauche.

Le 26 septembre, la salpingite gauche est nettement diagnostiquée.

Le 16 octobre, la malade passe en chirurgie pour se faire opérer. Les mictions étaient restées normales.

OBSERVATION CLXIII

Madame G..., 24 ans. II-pare. 1 à terme.

Le 26 septembre, accouchement spontané à terme d'un garçon vivant de 3.160 gr. Placenta : 380 gr.

La malade est une grande nerveuse. Rétention d'urine. Cathétérisme le 26, le 27 et le 28 septembre.

Le 29 septembre, elle ne peut uriner seule. A 16 h. 5 on lui fait une injection intraveineuse de Physéine.

A 16 h. 50, la malade fait un grand frisson qui dure 45 minutes. La température après le frisson monte à 41°3. Elle a de la cyanose générale, du trismus, de la raideur de la nuque, de la tétanisation de tous les membres. Son pouls est incomptable, elle n'a pas de réflexes.

La malade revient peu à peu à elle. Pendant 5 minutes elle pousse des cris terribles et elle se plaint d'une forte douleur à la nuque. La malade se calme cependant; puis, de nouveau,

elle se contracte et fait une seconde crise qui dure 5 minutes.

Elle délire jusqu'à 21 h. environ et refuse de boire quoi que ce soit.

Ensuite la malade s'endort et le reste de la nuit est calme.

Le lendemain matin 30 septembre, elle ne se souvient de rien.

La température tombe à 36°8.

Elle urine spontanément depuis l'injection.

OBSERVATION CLXIV

Madame R..., 28 ans. II-paré, 1^{er} accouchement gémellaire, au terme de 7 mois. Les enfants sont morts quelques jours après leur naissance.

Le 15 octobre, accouchement spontané, à terme, d'un garçon vivant de 3.400 gr. Placenta : 500 gr.

La malade n'a pas uriné depuis son accouchement. La vessie est très distendue, elle rejette l'utérus à droite. Matité : 3 travers de doigt au-dessus du pubis. La malade essaie d'uriner seule mais elle ne peut y arriver.

A 10 h., on lui fait une injection sous-cutanée d'une ampoule de Physéine Grémy, qui ne donne aucun résultat.

A 12 h., on lui refait une deuxième injection sous-cutanée d'une ampoule de Physéine. Aucun succès.

A 17 h., on fait le cathétérisme. La quantité d'urine émise est de trois quart de litre environ.

Urine spontanément depuis.

OBSERVATION CLXV

Madame C..., 24 ans. I-pare.

Le 4 novembre accouchement à terme, d'un garçon vivant de 3.810 gr. Placenta : 730 gr.

Le 5 novembre, la malade n'a pas uriné. La vessie remonte à 3 travers de doigt au-dessus du pubis.

A 10 h. 50; on fait une injection intraveineuse de 2 ampoules d'hypophyse de Choay, diluées dans 3 c. c. de sérum artificiel.

5 minutes après l'injection la parturiente demande le bassin et urine spontanément un demi-litre.

Depuis elle urine normalement.

OBSERVATION CLXVI

Madame M..., 32 ans. I-pare.

Accouchement spontané à terme le 4 juillet 1916. Fille de 3 k. 150 gr. Placenta : 510 gr.

Hémorragie de la délivrance, 1 c. c. de Physéine fait contracter l'utérus. (Voir observ. au chapitre « Hémorragies ».)

Le 5 juillet, la malade n'ayant pas uriné, injection intraveineuse d'une ampoule de Physéine.

Urine spontanément 8 minutes après (un demi-litre environ) et continue d'uriner normalement par la suite.

OBSERVATION CLXVII

Madame S..., 24 ans. I-pare.

Le 27 juin, accouchement, à terme, par le siège, d'un garçon vivant de 3.025 gr. Placenta : 600 gr.

Le 28 juin à 10 h., on fait à la parturiente une injection

A 12 h. 55, on refait une deuxième injection intraveineuse intraveineuse d'une demi-ampoule de Physéine à cause de sa rétention d'urine. (La malade n'a pas uriné depuis son accouchement.)

d'une ampoule de Physéine.

A 16 h. 15, miction spontanée, 1 litre 1/4 environ, l'urination est désormais normale.

OBSERVATION CLVIII

Madame S..., 21 ans. I-pare.

Le 19 mars 1916, accouchement artificiel à terme (modifications des bruits du cœur) d'une fille de 3.240 gr. Placenta 390 gr.

Le 20 mars, à 10 h. 55, la parturiente n'a pas encore uriné depuis son accouchement. Matité : 2 travers de doigt.

Injection intraveineuse de trois quarts d'ampoule de Physéine. Aucun résultat.

A 17 h. 40, la malade n'ayant pas encore uriné on lui refait 2 ampoules d'hypophyse de Choay, en injection intraveineuse. La malade croit se trouver mal, elle a des vertiges.

A 17 h. 43, elle ressent une très forte envie d'uriner mais ses efforts sont infructueux. Ce n'est qu'à 22 h. qu'elle urine spontanément, puis le lendemain à 6 h.

Depuis, mictions spontanées et faciles.

OBSERVATION CLXIX

Madame G..., 23 ans. II-pare. 1 à terme.

Le 28 juillet 1916, accouchement spontané, à terme, d'un garçon vivant de 3.150 gr. Placenta : 550 gr.

Le 28 juillet, à 16 h. 30, la malade n'a pas uriné. On lui fait une injection intraveineuse de 2 ampoules (de 2 c. c.) de Rétropituine Carrion.

La parturiente urine seulement le 29 juillet à 6 h. du matin, en même temps qu'elle va à la garde-robe.

Elle urine spontanément depuis.

OBSERVATION CLXX

Madame N..., 26 ans. II-pare. 1 à terme.

Accouchement spontané à terme le 23 avril 1916, d'une fille vivante de 3 k. 050. Placenta : 670 gr.

Le 24 avril, à 10 h., la parturiente n'a pas encore uriné. La vessie est distendue et forme un globe visible au-dessus du pubis.

Tension artérielle : 15/9. Pouls : 100.

A 10 h. 10, injection intraveineuse d'une demi-ampoule d'hypophyse de Choay plus 1 ampoule de Rétropituine.

A 10 h. 25, tension artérielle : 15,5 9,5. Pouls : 90.

A 17 h. 30, la malade urine dans son lit (1 litre environ).

Depuis elle urine spontanément.

OBSERVATION CLXXI

Madame T..., 26 ans. II-pare. 1 à terme.

Le 26 février accouchement spontané à terme d'une fille vivante de 2.800 gr. Placenta : 475 gr.

Le 27 février, à 10 h. 50, la parturiente n'a pas uriné depuis son accouchement, la vessie est surdistendue.

Tension artérielle : 14/8,5. Pouls : 108.

A 11 h., on fait une injection intraveineuse d'une ampoule de Physéine Grémy.

La tension artérielle est de : 14,5 8,5 et le pouls de 100.

A 11 h. 20, la malade urine spontanément (1 litre et quart) 20 minutes après l'injection.

A 16 h. 30, elle urine de nouveau spontanément.

Depuis mictions normales.

OBSERVATION CLXXII

Madame Y..., 26 ans. II-pare.

Le 3 mars, accouchement spontané à terme d'un garçon vivant de 3.300 gr. Placenta : 580 gr.

Le 5 mars, la parturiente n'a pas uriné depuis son accouchement.

A 10 h., sa tension artérielle est de : 13/7, le pouls de : 104.

A 10 h. 10, on pratique une injection sous-cutanée d'une ampoule de Physéine.

A 10 h. 30, la tension artérielle est de : 14/8 et le pouls de 84.

A 10 h. 45, miction spontanée, un demi-litre, 35 minutes après l'injection.

A 13 h. 30, nouvelle miction spontanée (un demi-litre).

A 16 h., nouvelle miction.

Depuis mictions normales.

OBSERVATION CLXXIII

Madame B..., 29 ans. VI-pare. 3 à terme, et 3 avant terme.

Le 3 mars 1917, accouchement spontané à terme d'un garçon de 3 k. 900, né en état de mort apparente et ranimé 1 h. 30 après. Placenta : 700 gr.

Le 14 mars, à 10 h. 30, la malade n'a pas uriné depuis son accouchement.

La tension artérielle est de : 15/7,5 et le pouls de : 76

A 10 h. 40, on fait une injection intraveineuse d'une ampoule de Physéine.

A 10 h. 47, la malade urine spontanément (un demi-litre environ), 7 minutes après l'injection.

La tension artérielle est de : 15/7,5 et le pouls de : 74.

Depuis mictions normales.

OBSERVATION CLXXIV

Madame R..., 24 ans, couturière. II-pare. 1 accouchement à terme.

Epaule gauche en dorso-postérieur. Version par manœuvres internes le 8 février 1917, à 4 h. 30. Fille vivante de 3 k. 450. Placenta : 650.

A 10 h. 45, le 8 février, la parturiente n'ayant pas uriné, injection intraveineuse de 0 gr. 20 de physéine (1 ampoule). Contraction très forte de l'utérus aussitôt. Pâleur. Vertige.

Urine spontanément 5 h. plus tard au moment de l'injection vaginale.

Urine spontanément le lendemain, mais sondée le surlendemain et pendant deux jours encore.

(Femme qui paraît bizarre au point de vue mental).

OBSERVATION CLXXV

Madame E..., II-pare. 1 à terme.

Le 8 février 1917, à 4 h. 30, on est amené à faire une version par manœuvres internes. (Présentation de l'épaule gauche en dorso-postérieur.) Fille vivante de 3 k. 450. Délivrance naturelle. Placenta : 650 gr.

Le 8 février, à 10 h. 45, la parturiente n'ayant pas uriné, injection intraveineuse d'une ampoule de Physéine, diluée dans 5 c. c. de sérum.

Aussitôt après l'injection la femme se met à crier et à se tordre les bras (petite hystérie).

L'utérus semble fortement contracté. Après quelques minutes les cris cessent, mais pâleur de la face, pouls faible. Huile camphrée.

Urine spontanément à 16 h. avec l'injection vaginale.

Le lendemain, urine spontanément.

Le surlendemain et un jour après, cathétérisme nécessaire.

Femme très nerveuse, hyperesthésie cutanée, exagération des réflexes, anesthésie pharyngienne; elle semble peu développée au point de vue intellectuel.

Elle sort en bon état le 11^e jour après l'accouchement.

OBSERVATION CLXXVI

Madame L..., III-pare, 33 ans.

Accouchement spontané, à terme, le 8 mars 1917, à 21 h.

Le 10 mars, 10 h. 30, la parturiente n'a pas encore uriné. L'utérus est très dévié à droite par la vessie distendue.

Injection intraveineuse d'une ampoule de 5 c. c. (1 dose) de Physéine.

Urine spontanément (trois quarts de litre environ), 5 minutes après l'injection.

Pâleur, faciès décoloré tout de suite après l'injection.

Urine spontanément depuis.

OBSERVATION CLXXVII

Madame D..., 36 ans. IV-pare.

Accouchement spontané à terme, le 10 mars 1917, à 0 h. 30. Garçon de 3 k. 920. Placenta : 520.

Le 10 mars, à 11 h., la parturiente n'ayant pas uriné depuis son accouchement, on fait une injection sous-cutanée de 2 ampoules de Physéine (2 doses).

Urine spontanément 2 h. plus tard et émet trois quarts de litre d'urine.

Urine spontanément depuis.

Dans ces 35 cas, nous pouvons distinguer toute la gamme des résultats possibles : nous avons eu 6 échecs, c'est-à-dire que l'extrait hypophysaire n'a pas suffi à décider du retour des mictions, et que nous avons dû avoir recours au cathétérisme (Obs. 150, 152, 156, 157, 164 et 168). Dans 29 cas, au contraire, le succès a été complet ; la miction s'est produite dans un laps de temps variable allant de 5 minutes à 16 heures. La voie sous-cutanée nous a valu 2 échecs sur 3 cas avec la Rétropituine, deux succès sur deux cas avec la Physéine. La voie intra-veineuse compte 3 échecs, un avec 4 ampoules de Rétropituine (en 2 fois), un avec une ampoule sous-cutanée et une intra-veineuse de Physéine, et le dernier avec 3 quarts d'ampoule de Physéine et 2 ampoules de Choay.

L'extrait hypophysaire est donc un bon médicament pour vaincre la rétention d'urine du post-partum, puisqu'il réussit dans 82 pour 100 environ des cas. Aucun médicament n'étant absolu, on peut tenir cette proportion pour aussi bonne que possible. Il agit bien sur le muscle, quoique, forcément, d'une manière passagère ; cela importe peu, d'ailleurs, car il est tout à fait exceptionnel que les mictions ne continuent pas à se faire spontanément par la suite. Certains indices nous inclinent à penser que l'action du produit hypophysaire est entravée, lorsqu'il y a échec, par la pré-

sence d'un spasme du col de la vessie, contre lequel bien entendu, l'extrait hypophysaire ne saurait lutter, étant donné ses propriétés.

On notera les quelques cas de violente réaction qui se sont produits chez certaines femmes après les injections intra-veineuses, tandis que les autres malades soumises au même traitement, n'ont rien manifesté d'anormal. Nous y reviendrons.

CHAPITRE V

INCONVENIENTS ET DANGERS DE LA METHODE

Nous venons de montrer les avantages que peut procurer l'extrait de lobe postérieur d'hypophyse dans la succession des diverses circonstances de l'accouchement qui sont sous la dépendance directe de la contraction utérine : Travail, expulsion, délivrance, hémostase utérine, et il nous semble évident que ce bilan se soldé par d'importants bénéfices.

Nous devons nous demander maintenant si la méthode hypophysaire n'a pas, comme contre-partie, des inconvénients, et même si elle ne présente pas de dangers, soit pour la mère, soit pour le fœtus, comme quelques auteurs l'ont prétendu.

A) POUR LA MÈRE

1) *Toxicité.*

Nous avons vu, en étudiant la physiologie de l'hypophyse, que le lobe postérieur présentait expérimentalement une toxicité plus élevée que celle du lobe antérieur et que celle, aussi, de la glande totale.

Cependant l'expérience humaine de cet extrait montre que l'écart qui sépare la dose utile de la dose toxique est extrêmement grand, ce qui donne une marge considérable à la posologie.

Hofbauer a pu injecter 1 gr. 50 ou 1 gr. 90 de pituitrine par jour, en deux fois, à des parturientes sans le moindre inconvénient. De son côté, Stern a injecté 3 gr. 60 du même médicament dans l'espace de 4 jours, répartis en 6 injections sans avoir d'ennuis.

Ces doses, qui nous paraissent exagérées, sont employées par les auteurs allemands, d'une manière

assez courante; en réalité, dans la pratique, on est rarement amené à recourir à plus de 20 ou 40 centigrammes, si bien que l'on est à l'abri de tout accident sérieux.

Néanmoins, nous avons été à même d'observer quelques cas de réactions plus ou moins vives, du genre de celles que les auteurs qui nous ont précédée avaient déjà signalées.

Ces réactions, qui se voient rarement lorsqu'on emploie la voie sous-cutanée, paraissent un peu plus fréquentes par injection intra-veineuse. Elles consistent généralement dans les phénomènes initiaux d'excitation motrice, agitation, subdélire, sur lesquels viennent se greffer ensuite des vertiges, des vomissements, etc., qui rappellent tout à fait le tableau que l'on obtient par une injection intra-veineuse de doses un peu élevées d'adrénaline. Les tendances lipothymiques ne sont pas rares dans ces circonstances.

Quelle est la pathogénie de ces réactions? Il est difficile d'admettre qu'elles sont d'ordre toxique pur, car toutes les parturientes ne les présentent pas pour des doses égales, et ce ne sont pas celles qui ont reçu les plus fortes qui ont ainsi réagi. Il n'apparaît pas non plus que la préparation du produit y soit pour quelque chose, car, ainsi qu'on a pu le voir en parcourant nos observations, toutes les marques que nous avons employées ont provoqué ces phénomènes, déjà remarqués avec la pituitrine antérieurement.

Ce qui paraît le plus naturel, bien que ce ne soit encore qu'une hypothèse, c'est d'admettre une susceptibilité personnelle des malades chez lesquelles ces réactions ont été exceptionnellement observées. La plupart des cas de réaction concernent en effet des parturientes ayant une tare préalable : hystérie, nervosisme, albuminurie ou cardiopathie. Il faut penser aussi que l'insuffisance hypophysaire qui nous amène à faire de l'opothérapie, peut être plus ou moins pro-

noncée, et que l'injection d'une dose très moyenne d'extrait représente sans doute quelquefois une dose encore trop forte pour ce cas particulier : cela expliquerait les faits que nous avons observés dans un cas et qui n'étaient qu'un état de « tétanisme » généralisé — trismus, raideur de la nuque, raideur des membres, etc. — témoin d'une action profonde et exagérée sur les fibres musculaires lisses et striées.

Il nous a semblé enfin que pour l'injection intraveineuse il y avait avantage à diluer les doses d'extrait dans plusieurs centimètres cubes de sérum physiologique, car la concentration d'une solution a une influence indiscutable sur sa toxicité.

Quoi qu'il en soit, il ne faut pas s'exagérer les choses. L'extrait hypophysaire ne nous a donné de réaction que dans 2,5 p. 100 des cas, ce qui est une bien faible proportion, et toujours nos malades ont guéri sans autre incident de leurs phénomènes réactionnels, et en peu de temps (quelques minutes en général, au maximum, 24 heures).

On est donc en droit, vis-à-vis de la mère, d'utiliser les doses normales de 0,10 et 0,20 (dose *optima* selon nous) quand la parturiente n'est ni nerveuse, ni cardiaque, ni albuminurique.

Ce sont, en effet, les seules contre-indications que l'on ait formulées pour l'emploi obstétrical de l'hypophyse.

2) *Nocivité obstétricale.*

a) TÉTANISATION DE L'UTÉRUS.

On a reproché à l'hypophyse de produire de la tétanisation de l'utérus. C'est ainsi que Hammi signale qu'il l'a constatée dans 4 cas d'avortement; Mackenrodt, Voigts l'ont vue, eux aussi, chacun dans un cas.

On a même été plus loin, et on a rapporté 3 cas de « rupture utérine » dont l'extrait hypophysaire serait responsable.

Voici les observations de ces 3 cas :

1° Germanus Espeut observe une femme de 34 ans, VII-pare, dont les 6 accouchements antérieurs furent normaux. Extrême lenteur du travail, après rupture de la poche des eaux, il s'écoule du méconium et les bruits du cœur fœtal s'assourdissent. On fait deux injections de Pituglandol à 1 heure d'intervalle. Cinq minutes après la deuxième injection, une douleur intense apparaît, et en même temps on constate que le poulx s'accélère et que les extrémités de la malade se refroidissent. On porte le diagnostic de rupture utérine. Laparotomie. On trouve deux grandes déchirures du col. Hystérectomie. L'enfant naît asphyxique et la mère meurt, le troisième jour, de péritonite diffuse.

2° Emmanuel Herz rapporte l'histoire d'une I-pare de 20 ans. Premières douleurs le 11 janvier à 9 heures. Rupture de la poche des eaux le 12 janvier, à 2 heures. Le 13 janvier, douleurs faibles et espacées de 15 à 30 minutes, col dilatable de deux travers de doigt. A 16 heures 15, on injecte 1 cc. de pituitrine. Les douleurs augmentent et au bout de 20 minutes deviennent tétaniques. Douze heures plus tard une contraction d'une extrême violence se produit, la femme jette un cri et tombe dans le collapsus; le poulx est filiforme. A ce moment, elle accouche spontanément, mais il se produit une abondante hémorragie de la délivrance. Une rupture s'était faite au niveau du col, mais elle n'intéressait pas le péritoine. Tamponnement, glace, Pantopon. Suites de couches bonnes et guérison en trois semaines.

3° Siguret a publié un cas de rupture utérine chez une femme qui avait, auparavant, subi trois césariennes. C'était une rachitique à bassin rétréci, qui, ayant une dilatation d'une petite paume de main, regut une injection d'hypophyse de Choay. Contractions subintrantes, version. Difficultés pour extraire la tête.

dernière. Déchirure du segment inférieur. Hystérectomie subtotale. Guérison.

Quelle conclusion tirer de ces trois faits, jusqu'ici uniques dans les annales de l'hypophysothérapie obstétricale? Y a-t-il vraiment danger de provoquer une rupture utérine chez les parturientes en les soumettant au traitement hypophysaire?

Nous ne le croyons pas. Il semble bien que la rupture du col, dans le cas Germanus Espeut, a été favorisée par des cicatrices antérieures chez cette VII-pare; d'autre part, dans le cas de Siguret, il s'agissait non seulement d'une femme qui avait déjà subi des césariennes et qui, par conséquent, avait un tissu utérin de cicatrice, mais il semble que la version ait été très pénible et il ne nous paraît pas très juste, dans ces conditions, d'accuser l'extrait hypophysaire, ou de l'accuser seul des dégâts commis. Il ne reste donc plus que le cas d'Emm. Herz à se présenter comme un exemple de rupture utérine par suite du traitement hypophysaire. Heureusement, la rupture n'intéressait que la portion extrapéritonéale du col et n'eut pas de suites fâcheuses.

Le danger de la rupture utérine est donc bien petit, si l'on songe aux innombrables cas dans lesquels depuis Hofbauer, on a pratiqué des injections d'extrait hypophysaire et souvent à doses massives. Il n'est pas une méthode thérapeutique active qui n'ait donné au moins ce pourcentage d'accidents.

Pour notre part, dans les 177 cas où nous avons injecté de l'hypophyse, et souvent par voie veineuse, nous n'avons jamais eu à déplorer de rupture utérine. Une fois nous eûmes une alerte, (nous l'avons rapportée plus haut), mais la laparotomie qui fut pratiquée immédiatement, montra que l'utérus était intact.

Notons en passant que les phénomènes réactionnels du traitement hypophysaire peuvent en imposer pour

des signes d'hémorragie interne, quand ils se réduisent à des troubles-lipothymiques, à des refroidissements et des nausées. Il ne faut donc pas se hâter de conclure à une rupture utérine lorsque des manifestations de ce genre se produisent à la suite d'une injection d'extrait hypophysaire.

Nous avons par contre observé une déchirure du col chez une multipare à col cicatriciel, mais cette déchirure nous paraît être d'origine mécanique et due au forceps. Voici l'observation :

OBSERVATION CLXXVIII

Madame S..., IV-pare, 28 ans.

Le 14 janvier 1915. O. L. G. A. col dilatable comme « 1 fr. ».

On constate des cicatrices siégeant sur le col en arrière et à gauche.

Le 15 janvier, rupture des membranes. On fait à 3 heures d'intervalle 2 injections sous-cutanées de Rétropituite. Les douleurs reviennent fortes et régulières.

Le lendemain, la dilatation étant d'une petite paume de main, on fait une application de forceps. Déchirures du col. Suture.

Ultérieurement abcès dans le Douglas. Incision. Guérison.

Le col ne s'est déchiré qu'au moment de l'intervention par le forceps.

Nous n'avons donc, au total, aucun fait personnel de rupture utérine sous l'influence du traitement hypophysaire.

Nous n'avons pas non plus observé de phénomènes de téτανisation; il nous a été donné d'observer des douleurs très intenses et très fréquentes, mais elles présentèrent toujours un intervalle entre elles.

C'est à peine si on pourrait prononcer ce mot de « téτανisation » dans le cas que nous avons rapporté plus haut et où il semble que le placenta ait été quelque peu enchatonné dans la corne droite?... Ce cas ne rappelle que de très loin celui qui a été rapporté

par Lequeux, et dans lequel il s'agissait d'une grossesse angulaire.

Certains auteurs ont cependant observé des contractions utérines très prolongées.

Richter en vit une durer 10 minutes

Studený 7 —

Schickele 17 —

et Rieck a rapporté un cas dans lequel la rigidité du col a provoqué un état de contracture permanent de l'utérus. Il semble que d'une manière générale, cette tétanisation se produit de préférence lorsqu'il existe des facteurs de dystocie et dans ces cas-là, il faut y penser.

b) PRÉDISPOSITIONS A L'ATONIE POST-PARTUM.

On a reproché à l'extrait d'hypophyse de favoriser, lorsqu'il est injecté au cours du travail ou pendant la période d'expulsion, l'inertie utérine dans le post-partum.

Bagger-Jørgensen, Hofbauer, Stern, Spæth, Grünbaum, Jøger ont cité des faits de ce genre. Fabre pense aussi que les pertes sanguines au moment de la délivrance sont plus abondantes quand on a utilisé l'hypophyse.

Nombre d'autres auteurs, avec Fries, Studený, etc., affirment au contraire que la médication hypophysaire prévient l'inertie utérine du post-partum. Il faut remarquer en effet avec Morichau-Beauchant, que l'extrait hypophysaire a été employé à cause de l'inertie utérine pendant l'accouchement et qu'il y a bien des chances pour que les hémorragies constatées pendant la délivrance reconnaissent pour cause, non pas le traitement, mais l'état de l'utérus. Dans ce cas, il faudrait admettre que l'inertie utérine du post-partum serait beaucoup plus fréquente si on n'avait utilisé préalablement l'hypophyse au cours de l'accouchement.

Vayssières n'a pas constaté de prédisposition à l'inertie et pense bien plutôt que l'injection d'extrait hypophysaire a une action préventive.

Les conclusions qui se dégagent de notre expérimentation personnelle confirment cette opinion. Quand nous avons employé l'hypophyse au cours du travail, nous n'avons jamais été amenée à faire de délivrance artificielle. Il se peut que des utérus ayant déjà manifesté des signes d'inertie pendant l'accouchement redeviennent atones à la délivrance lorsque le médicament injecté a épuisé son action; les faits qui ont été rapportés ne prouvent pas l'affaiblissement d'un utérus vigoureux du fait du traitement.

Les recherches thérapeutiques de Hermann Schmidt ont au contraire montré combien l'action contractile de l'hypophyse pouvait persister longtemps et dépasser même, dans le post-partum, le but qui leur était assigné. Cet auteur a constaté que dans 25 pour 100 des cas où la médication hypophysaire avait été pratiquée, il se produisait après l'accouchement des contractions douloureuses, des tranchées. Lequeux, Vayssières, ont vu le même fait se produire chez deux de leurs malades. Il semble que l'apparition des tranchées soit réservée aux cas dans lesquels de fortes doses d'extrait pituitaire ont été mises en œuvre. Aux doses normales que nous employons en France, ces phénomènes sont très rares.

Si l'on admettait que l'extrait hypophysaire prédispose à l'inertie utérine, cette inertie devrait augmenter avec les doses employées; comment comprendre alors la production de ces contractions douloureuses?

3. — *Effets généraux sur la mère.*

Sans revenir sur les phénomènes d'ordre toxicologique que nous avons signalés précédemment, nous devons indiquer ici que l'injection, surtout intra-vei-

neuse, d'extrait hypophysaire, provoque parfois des palpitations, des vertiges, de la pâleur du visage; ces troubles sont passagers et n'entraînent aucun inconvénient sérieux. Dans un cas, nous avons constaté même une crise de petite hystérie. Une autre fois nous avons eu une poussée consécutive d'hyperthermie (39°), mais il s'agissait d'une femme atteinte de double salpingite et qui fut ultérieurement opérée.

En règle générale, la médication est parfaitement supportée.

Nous avons obtenu d'une manière très constante, les modifications qui caractérisent l'influence de l'extrait de lobe postérieur sur le système cardio-vasculaire : Hypertension — Ralentissement du pouls.

Nos mensurations de tension ont été pratiquées au moyen de l'oscillomètre de Pachon et il est intéressant de constater que l'action hypertensive de l'extrait de lobe postérieur ne porte pas seulement sur la tension maxima qui traduit à nos yeux la tonicité du myocarde, mais aussi sur la minima, la vraie tension artérielle, correspondant à la diastole cardiaque. L'augmentation moyenne de tension maxima est de 1 degré (ou centimètre de mercure), celle de la minima est de un demi ou de un degré également. Cette constatation confirme les données expérimentales qui avaient montré que l'extrait de lobe postérieur agissait non seulement sur la fibre myocardique, mais encore sur les parois vasculaires, en particulier des capillaires (vaso-constriction).

Cliniquement, cette hypertension d'origine thérapeutique est fort heureuse dans les circonstances obstétricales qui nous occupent et elles prennent une importance capitale dans les cas où des hémorragies sont apparues, car elle lutte contre le collapsus.

Il n'a pas été signalé de faits dans lesquels cette hypertension aurait pris des proportions exagérées.

Mais, par contre, les différents auteurs ne sont pas d'accord sur la réalité de cette augmentation de pression. Son inconstance a été signalée par Siguret et par Vayssières, mais ces deux auteurs ont eu recours au sphygmomanomètre Potain qui est moins sensible et ne donne que la pression maxima.

Le ralentissement des pulsations n'a pas non plus été remarqué très régulièrement et Vayssières relate sur 19 cas, 5 cas d'accélération du pouls, et le *statu quo* dans les autres.

Cependant la bradycardie a été assez constante dans nos observations, comme on peut le voir dans le tableau synoptique suivant qui résume nos constatations sur l'action cardio vasculaire de l'extrait hypophysaire au cours de l'accouchement.

Il y a d'ailleurs lieu de tenir compte pour la tension et pour le pouls des circonstances dans lesquelles la mensuration a été faite; il est bien évident, par exemple, qu'une hémorragie un peu abondante peut faire varier ces deux facteurs dans de grandes proportions et changer les résultats ⁽¹⁾.

(1) Il faut remarquer que pendant les douleurs, la tension artérielle augmente beaucoup plus : 1 degré ou 1,5 de plus que pendant l'intervalle des contractions.

TABLEAU SYNOPTIQUE DES TENSIONS & DU POULS

	TENSION ARTÉRIELLE (Pachon)		POULS			TENSION ARTÉRIELLE (Pachon)		POULS	
	avant	après	avant	après		avant	après	avant	après
Obs. 1 (Int-vein)	15.5 8.5	16 9	88	76	Obs. 27 (Sous-cut)	18 9	19 8	120	108
Obs. 4 (Sous-cut)	14 8	14.5 8.5	80	72	Obs. 28 (Int-vein)	17.5 6	16.5 5.5	72	66
Obs. 5 (Int-vein)	13 7	14 7	80	76	Obs. 43 (Int-vein)	15 7	16 7.5	112	84
Obs. 6 (Int-vein)	13 7	14 7.5	76	68	Obs. 44 (Int-vein)	14 7.5	14 7.5	84	72
Obs. 7 (Int-vein)	14 7	15 7	80	72	Obs. 45 (Int-vein)	14 8	15 8	76	72
Obs. 8 (Sous-cut)	15 8	16 8	80	74	Obs. 47 (Int-vein)	15 8	16 8.5	84	76
Obs. 9 (Sous-cut)	12 6.5	12 6.5	100	100	Obs. 48 (Int-vein)	15 8.5	15.5 8.5	80	72
Obs. 11 (Int-vein)	16 9	17 9.5	92	86	Obs. 49 (Int-vein)	15 8.5	16 9	76	68
Obs. 12 (Int-vein)	16 8	17 8.5	80	72	Obs. 50 (Int-vein)	15 7.5	16 7.5	82	68
Obs. 13 (Int-vein)	10 ?	18 9	84	?	Obs. 51 (Sous-cut)	14 8	14.5 8.5	92	92
Obs. 17 (Int-vein)	15 8	15.5 8	84	72	Obs. 52 (Sous-cut)	14 8	15 8.5	92	96
Obs. 18 (Int-vein)	13 7	14 7	84	76	Obs. 53 (Int-vein)	11.5 7.5	13 8.5	86	58
Obs. 19 (Sous-cut)	16 8	17 8.5	80	72	Obs. 54 (Sous-cut)	16 9	17 8.5	92	100
Obs. 20 (Sous-cut)	16 9	16.5 9	88	72	Obs. 55 (Sous-cut) et (Int-vein)	15 8	16.5 8.5	86	84
Obs. 21 (Sous-cut)	14 7.5	14 7.5	76	72	Obs. 56 (Sous-cut)	14.5 8	15 8	92	88
Obs. 23 (Int-vein)	17.5 9.5	18 10	64	60	Obs. 57 (Int-vein)	12 6.5	12.5 6.5	58	58
Obs. 24 (Sous-cut)	18.5 8.5	20 8.5	100	100	Obs. 59 (Int-vein)	17 8.5	19 9.5	94	90
Obs. 26	15	15.5 8	112	100	Obs. 60 (Int-vein)	14 8	14.5 8	82	82

	TENSION ARTÉRIELLE (Pachon)		POULS.			TENSION ARTÉRIELLE (Pachon)		POULS.	
	avant	après	avant	après		avant	après	avant	après
Obs. 63 (Int-vein)	15 8	17 9	82	68	Obs. 90 (Sous-cut) (Int-vein)	14 8	15 8	72	68
Obs. 64 (Int-vein)	15 9	16 9	80	72	Obs. 104 (Sous-cut)	14 7.5	15 8	80	72
Obs. 65 (Sous-cut)	15 8	16 8	76	72	Obs. 108 (Int-vein)	15 8	15 8	72	72
Obs. 66 (Int-vein)	15 8	16 8	80	68	Obs. 109 (Int-vein)	15 8	15.5 8	76	68
Obs. 69 (Int-vein)	14.5 7	15.5 7	94	88	Obs. 111 (Int-vein)	16 9	16.5 9	?	?
Obs. 70 (Int-vein)	15 7.5	16 8	76	68	Obs. 112 (Int-vein)	11.5 6.5	12 6.5	100	88
Obs. 71 (Int-vein) 2	15 7	16 (17) 7 (10)	92	92 108	Obs. 116 (Sous-cut)	14 7	14 7	74	74
Obs. 72 (Int-vein) 2	11.5 13.5 6 6.5	12.5 6.5	96 84	84 80	Obs. 117 (Sous-cut)	13 7	13 7	92	92
Obs. 75 (Int-vein)	13 8	14.5 9	108	96	Obs. 118 (Int-vein)	15 8	16 8.5	88	76
Obs. 76 (Sous-cut)	12 7	12 7	128	128	Obs. 128 (Int-vein)	12 7	12.5 7	120	116
(Int-vein)		13 8		98	Obs. 129 (Sous-cut)	15 9	16 9.5	102	94
Obs. 77 (Int-vein)	12 7.5	14 8	120	94	Obs. 131 (Int-vein)	14 7.5	15.5 8.5	104	82
Obs. 80 (Int-vein)	14 7	15.5 7.5	88	78	Obs. 132 (Sous-cut)	10.5 7	11 7	104	112
Obs. 83 (Sous-cut)	14 7	14 7	72	72	Obs. 134 (Int-vein)	11.5 6.5	12.5 6.5	104	100
Obs. 83 (Int-vein)	» »	15 7.5	»	66	Obs. 135 (Int-vein)	14 7.5	14.5 7.5	108	120
Obs. 84 (Int-vein) 2	14 7	15 7.5	76	68	Obs. 136 (Int-vein)	13 7	13.5 7	120	100
Obs. 85 (Int-vein)	15 9	16 9	92	88	Obs. 137 (Sous-cut)	14 7.5	14 7.5	80	80
Obs. 87 (Int-vein)	15 8	15.5 8	100	90	Obs. 138 (Int-vein)	11.5 6.5	11.5 6.5	90	82
Obs. 89 (Int-vein)	14 8	15 8	88	80	Obs. 140 (Int-vein)	11.5 6.5	11.5 6.5	90	82

	TENSION ARTÉRIELLE (Pachon)		POULS			TENSION ARTÉRIELLE (Pachon)		POULS	
	avant	après	avant	après		avant	après	avant	après
Obs. 142 (Int-vein)	16.5 9	18 40	90	82	Obs. 154 (Int-vein)	14.5 7.5	15.5 8	88	82
Obs. 143 (Int-vein)	14 6.5	15 7	72	68	Obs. 155 (Int-vein)	12.5 7	13 7	102	88
Obs. 144 (Int-vein)	15 8	16 8	80	72	Obs. 156 (Sous-cut)	14 8	14 8	92	92
Obs. 145 (Int-vein)	12 6.5	12.5 6.5	76	68	Obs. 157 (Int-vein)	11.5 7	12.5 7.5	96	82
Obs. 146 (Int-vein)	11.5 6.5	15 7	72	72	Obs. 158 (Int-vein)	11.5 8.5	15 8.5	72	72
Obs. 147 (Int-vein)	12 7	12 7	72	72	Obs. 159 (Int-vein)	12.5 8	13.5 8	96	88
Obs. 148 (Int-vein)	15.5 8	16.5 8.5	72	68	Obs. 160 (Int-vein)	14 7	15 8	102	90
Obs. 149 (Int-vein)	15 7.5	16 8	74	68	Obs. 170 (Int-vein)	15 9	15.5 9.5	100	90
Obs. 150 (Int-vein)	14.5 7	14.5 7.5	72	68	Obs. 171 (Int-vein)	14.5 8.5	? ?	108	100
Obs. 151 (Sous-cut)	15 7.5	15 7.5	72	72	Obs. 172 (Sous-cut)	13 7	14 8	104	84
Obs. 152 (Int-vein)	13.5 7.5	15 8	96	86	Obs. 173 (Int-vein)	15.5 7.5	15 7.5	76	74

B. — POUR LE FŒTUS

On a incriminé assez fréquemment l'action nocive de l'extrait hypophysaire sur le fœtus.

Il résulte des relations de Calmann, de Fries, de Hamm, de Schœffer, de Schneider-Sievers, de Schmidt, de Studeny, etc., que cette influence fâcheuse se traduit des deux manières suivantes : 1° ralentissement des bruits du cœur fœtal ; 2° naissance de l'enfant à l'état d'apnée plus ou moins prononcée.

Nous avons personnellement constaté dans un cas, (Obs. 114), un ralentissement marqué des bruits du cœur fœtal. Nous avons injecté à la mère, par voie vasculaire, 0,40 centigr. d'extrait hypophysaire dans le but de provoquer l'accouchement. Ce ralentissement n'a d'ailleurs duré qu'une dizaine de minutes.

Nous avons vu également des enfants naître en état d'apnée plus ou moins prononcée, mais cela est exceptionnel. En aucun cas, nous ne nous sommes trouvée en droit d'attribuer la mort du fœtus à l'injection hypophysaire.

Comment interpréter ces phénomènes ?

Le ralentissement des bruits du cœur fœtal nous semble provenir de l'action du médicament qui, transmis par la circulation, de la mère au fœtus, vient impressionner sa fibre myocardique. Si telle est la pathogénie, ce ralentissement est sans gravité.

Mais ce qui explique le mieux à notre sens, et tout ensemble, la bradycardie fœtale et l'état d'apnée de la naissance, c'est l'action des violentes contractions utérines sur l'organisme fœtal. A ce point de vue, la voie d'injection intra-veineuse nous paraît devoir être prudemment employée, car les contractions que l'on obtient ainsi sont beaucoup plus brusques et plus brutales. Mais, même après l'injection intra-mus-

culaire ou sous-cutanée, les douleurs sont intenses et on a pu s'en rendre compte manuellement au cours de tentatives de version; la main est quelquefois immobilisée par la contraction utérine.

Dans ces conditions, et surtout quand il existe une cause de dystocie, on comprend que la circulation du fœtus puisse être momentanément gênée. Il est juste aussi d'ajouter que l'on intervient généralement au cours d'un travail anormalement prolongé et que souvent le fœtus a déjà souffert antérieurement.

La nocivité de l'extrait hypophysaire pour le fœtus ne nous semble donc pas devoir être retenue; les inconvénients que l'on peut constater résultent non pas de l'action du produit lui-même sur l'organisme fœtal, mais des circonstances de l'accouchement.

CHAPITRE VI

REVUE D'ENSEMBLE DE LA METHODE

INDICATIONS. — CONTRE INDICATIONS. — MODALITÉS

Nos recherches thérapeutiques concernant l'emploi de l'extrait postérieur d'hypophyse comme agent ocytocique confrontées avec les travaux des auteurs qui nous ont précédés, nous conduisent à l'adoption de ce nouveau médicament en obstétrique.

Un premier point est établi, c'est que, normalement, il est inoffensif pour la mère et pour le fœtus, étant entendu que par « normalement » il faut comprendre : chez une femme normale et à des doses normales.

Le deuxième point concerne l'efficacité de l'extrait hypophysaire. Il nous paraît évident que cette efficacité est proportionnelle à l'âge de la grossesse. A peu près nulle au début (provocation des avortements et des accouchements prématurés) elle devient vraiment réelle au moment du travail et d'autant plus grande que le travail est plus avancé (rupture des membranes, dilatation prononcée); son maximum d'efficacité correspond à la période d'expulsion.

L'extrait hypophysaire est donc un adjuvant de l'accouchement bien plus qu'un provocateur. Les choses se passent comme si l'hypophyse de la parturiente (dont nous avons vu les modifications anatomiques au cours de la grossesse et qui paraît remplir normalement, au moment de l'accouchement, cette fonction excito-contractile sur la fibre utérine) devenait tout à coup insuffisante : l'injection de lobe postérieur pare à cette insuffisance, mais ne fait que remplir un rôle naturel, que suppléer à une sécrétion normale momentanément déficiente.

Le mode d'action de l'extrait hypophysaire comme ocytocique est donc tout différent de celui des moyens artificiels qui avaient cours avant lui : quinine, ergotine, sucre, etc. Il joue un rôle opothérapique véritable et représente un produit de nature et de propriétés purement biologiques.

Sa propriété essentielle, au point de vue obstétrical, consiste dans le déclenchement de contractions utérines. Ces contractions épousent le caractère des douleurs physiologiques de l'accouchement, c'est-à-dire qu'elles sont rythmiques et durent un temps limité, contrairement à celles qui résultent des moyens artificiels : l'ergotine, par exemple, provoque des contractions utérines, mais sans intervalles et aboutit à cette tétanisation musculaire qui en a fait limiter l'emploi à la période de vacuité de l'utérus.

Ces contractions d'origine hypophysaire apparaissent rapidement après l'injection : quelques secondes quand on a employé l'injection intra-veineuse, quelques minutes après l'injection sous-cutanée. Elles durent un temps variable selon les cas, on les a vues se prolonger plus de deux heures, après quoi elles diminuent, si une nouvelle dose n'intervient pas.

De toutes ces notions fondamentales découlent les indications de la thérapeutique hypophysaire en obstétrique :

L'extrait d'hypophyse est indiqué toutes les fois qu'un processus de l'accouchement, normalement dépendant de la contraction utérine, subit un arrêt ou une insuffisance dans son évolution.

Plus les circonstances se rapprochent de la normale plus les résultats sont remarquables :

Inertie utérine pendant le travail et l'expulsion.

Hémorragies de la délivrance.

Moins les circonstances se rapprochent de la norme, moins les résultats sont bons :

Bassins viciés. Présentations vicieuses. Procidentees, etc. Néanmoins l'extrait hypophysaire rend service dans un certain nombre de ces cas-là.

Donné à contre-temps, l'extrait hypophysaire n'aboutit qu'à des échecs :

Provocation de l'avortement,

Provocation de l'accouchement.

De ces observations générales se dégagent d'elles-mêmes les indications de la méthode hypophysaire obstétricale.

Quel médicament adopter?

Nous avons surtout employé, comme on l'a vu, la Rétropituine et la Physéine; plus rarement, l'extrait de Choay, et tout à fait exceptionnellement l'Hypophysine.

Ces produits étant spécialisés (ils n'existent pas sous d'autre forme) il est très délicat pour nous de dire notre opinion sur eux. Au surplus, tous nous ont paru actifs; néanmoins, il résulte de notre expérimentation une conclusion que nous ne pouvons vraiment omettre, parce qu'elle est d'une portée pratique pour les accoucheurs. La Rétropituine est peu active par la voie sous-cutanée, elle devient vraiment efficace par l'injection intra-veineuse. La Physéine, au contraire, nous a paru douée, par la voie sous-cutanée, d'une efficacité au moins égale à celle de la Rétropituine par voie vasculaire. Cela est si vrai, qu'injectée dans les veines, la Physéine est plutôt trop active, elle provoque des contractions immédiates et violentes, à telle enseigne qu'il suffit, par cette voie, dans la plupart des cas, d'injecter trois quarts de dose.

(Rappelons que pour les injections intra-veineuses, il est bon de diluer l'extrait hypophysaire, quel qu'il soit, dans 5 cc. de sérum physiologique).

En somme, nous pouvons avec ces médicaments, graduer notre action thérapeutique selon les circons-

tances; dans les cas simples, injections sous-cutanées de Physéine; dans les cas plus rebelles, injection intra-veineuse de Rétropituine ou d'extrait de Choay; pour un maximum d'action, injection intra-veineuse de trois quarts de dose ou d'une dose de Physéine qui évitera les forceps d'urgence.

C'est du moins la manière de faire à laquelle nous avons l'intention désormais de nous conformer.

Nous ne dirons rien des autres marques, ne les ayant pas personnellement expérimentées.

POSOLOGIE

Quel que soit le produit auquel on a recours, il semble que la *dose d'élection est de 0,20 centigrammes*. Chez les multipares, 0,10 ou 0,15 suffisent cependant souvent, dans l'inertie utérine, à provoquer l'accouchement. Pour éviter le forceps; on peut être obligé d'injecter 0 gr. 40 dans les muscles ou dans les veines.

Dans les hémorragies de la délivrance, il semble qu'en général, la dose ordinaire (0,20) soit suffisante.

Pour la rétention d'urine, la dose utile paraît être 0,10 à 0,20 dans les veines ou 0,20 sous la peau.

CONTRE-INDICATIONS

A) *Utérines.*

Les cicatrices utérines, en particulier celles qui résultent de césariennes antérieures, constituent une contre-indication à l'emploi de l'extrait hypophysaire. La rigidité du col en est une autre; néanmoins, avec une surveillance attentive et des doses prudentes, on pourrait peut-être employer l'hypophyse.

B) *Pelviennes.*

La situation de la tête au-dessus du détroit supé-

rieur peut-être regardée comme une contre-indication relative; malgré les succès qui ont été rapportés, on ne doit, dans ces cas-là, intervenir qu'avec une extrême prudence.

Mais la grande contre-indication pelvienne réside dans la disproportion exagérée entre le bassin et la tête de l'enfant. Lorsque l'on donne de l'extrait hypophysaire dans ces cas-là, on n'arrive pas à faire franchir le détroit à l'extrémité cephalique, mais par contre, on provoque une tétanisation de l'utérus (voir plus haut) et le fœtus subit tous les fâcheux effets de cette violente et inutile compression.

Il appartient donc à l'accoucheur de prendre ses précautions et de n'administrer l'extrait hypophysaire dans les dystocies pelviennes (bassins rétrécis, etc.), qu'après s'être assuré par un examen minutieux et des mensurations exactes que la tête « pourra passer ».

c) *Maternelles.*

Les cardiopathies, l'hypertension, l'artério-sclérose, sont des contre-indications à l'extrait hypophysaire, à cause de son action hypertensive propre.

Dans les cas d'albuminurie prononcée et permanente (néphrite scléreuse, etc.), la même raison contrindique l'extrait d'hypophyse. Dans les cas plus légers, on sera autorisé à l'employer, mais avec prudence, à cause des réactions qu'il provoque dans l'organisme.

Le nervosisme, l'hystérie, doivent conduire à n'utiliser que modérément l'extrait hypophysaire et seulement par voie sous-cutanée.

d) *Fœtales.*

En cas d'urgence, il faut préférer les moyens chirurgicaux ou mécaniques pour sauver l'enfant qui donne des signes de souffrance grave pendant le tra-

vail ou pendant l'expulsion, mais c'est l'exception : dans la majorité des cas, l'extrait hypophysaire peut-être efficacement employé.

En somme, les contre-indications absolues sont rares et l'extrait hypophysaire est destiné à devenir un médicament d'usage courant en obstétrique.

CONCLUSIONS

I. — L'extrait de lobe postérieur d'hypophyse constitue indiscutablement une arme d'une importance considérable en obstétrique. Son action essentielle consiste dans la provocation de contractions utérines du type normal.

II. — Il est inoffensif pour la mère, aux doses thérapeutiques et toute tare viscérale mise à part.

Il est inoffensif pour l'enfant.

III. — La dose-type paraît être de 0 gr. 20. Selon l'activité des produits spécialisés dont on dispose, on l'emploie soit en injections sous-cutanées, soit en injections intraveineuses (diluées); on peut dans certains cas répéter utilement l'injection sans qu'il en résulte d'inconvénients.

IV. — Les contre-indications à son emploi se résument dans les trois termes suivants : Lésions cardiovasculaires; néphrite chronique; disproportion exagérée entre le bassin et la tête.

V. — Les indications sont multiples; elles sont fondées sur l'action de la contraction utérine dans le mécanisme normal de l'accouchement.

VI. — Dans l'inertie utérine, on obtient d'excellents résultats (deux tiers de succès); dans le travail ralenti avec membranes rompues, les résultats sont plus beaux encore (88 pour 100 de succès).

VII. — Dans les présentations vicieuses, l'extrait hypophysaire est un agent ocytocique précieux (50 pour 100 de succès pour « la face »; 100 pour 100 pour « le siège »).

VIII. — Il semble rendre des services moins nets dans les grossesses gémellaires et dans les bassins vicieux.

IX. — Dans les hémorragies au cours du travail, l'extrait hypophysaire nous a donné des succès dans les 4/5 des cas. Il semble que l'indication la meilleure résulte de l'insertion latérale du placenta avec membranes rompues.

X. — Il est utile aussi dans les procidences.

XI. — La période d'expulsion est celle où l'extrait hypophysaire donne les plus remarquables résultats (96 pour 100 de succès).

XII. — L'extrait hypophysaire est à peu près complètement impropre à provoquer le travail et il n'est que partiellement utile pour hâter la délivrance.

XIII. — Dans le traitement des hémorragies de la délivrance, son action n'est pas absolue. Néanmoins, il rend souvent des services (4/7 des cas) et l'on se trouvera bien de l'associer à l'ergotine.

XIV. — L'extrait hypophysaire qui est impropre à provoquer l'avortement, est utile fréquemment dans l'avortement en cours (50 pour 100 de nos cas), mais paraît à peu près inutile dans la rétention placentaire.

XV. — La rétention d'urine post-partum constitue une des grandes indications de l'extrait hypophysaire (87 pour 100 de succès).

Vu : *le Président de la thèse,*
BAR.

Vu : *le Doyen,*
M. ROGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- AARONS. — *Semaine Méd.*, 1911, n° 1.
ANDERES. — *Corr. Blatt f. Schweitzer Aertze*, 20 avril 1912.
ANTECHI. — *Semaine Méd.*, 1912.
AUBERT. — *Rev. Méd. de la Suisse Romande*, nov. 1912.
BAB. — *Wien. Kl. Woch.*, 1911, n° 27. — *Münch. Méd. Woch.*, 1911, nos 29 et 34.
BAGGER-JORGENSEN. — *Centralb. F. Gyn.*, 1911, n° 37.
BELL. — *British Méd. Journal*, décembre 1907.
BENTHIN. — *Therap. der Gegenwart*, 1912, n° 4.
BERRUTI. — *Rev. de la Soc. Méd. Argentine*, 1912.
BISCHOFF. — *Centr. bl. für. Gyn.*, 1914.
BOGDANOVICZ. — *Orvosi Hetilap.*, 1912, n° 16.
BONDY. — *Medic. Kl. Woch.*, 1911, n° 40.
BONNET-LABORDERIE et FOURDINIER. — *Poitou Méd.*, sept. 1912.
CALMANN. — *Centralbl. für Gyn.*, 1912, n° 12.
CLAUDE et BEAUDOIN. — *Compte rendus. Acad. des Sciences*, 26 décembre 1911, p. 1513.
CLIPTON. — *Journ. of obst. and dis. of W. and Childrens Juli*, 1913.
COMMANDEUR et DEVIN. — *Bull. des Soc. d'obst. et de Gyn.*, 1912, n° 5.
CONTI et CURTI. — *Bull. des Sciences Méd. de Bologne*, 1906.
CRAMER. — *Journ. of Exper. Phys*, 1908.
DALE. — *Sem. Méd.*, 1910, p. 114.
DELILLE. — *Thèse Paris*, 1909.
DELMAS. — *Bull. obst. et Gyn.*, 1913.
DEVIN. — *Thèse Lyon*, 1912.
DUNAN. — *Presse Méd.*, 19 avril 1911.
EBELER. — *Med. Klin. Woch.*, 1911, n° 9.
ESBENSEN. — *Arch. Méd. Obst. et Gyn.*, sept. 1914 (Publiées en janvier 1915).
ETIENNE et PARISOT. — *Archives Méd. expér*, 1908.
FABRE et RHENTER. — *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1912, n° 5.
FALTA et IVCOVIC. — *Wien. Kl. Woch.*, 1909.
FELLENBERG. — *Correspondenz Blatt*, 1911, n° 5.
FERRARI (Mlle). — *Thèse de Buenos-Ayres*, 1912.
FISCHER (O.). — *Sem. Méd.*, 7 fév. 1912. *Centr. bl. für. Gyn.*, 1912. N° 1.
FLATEAU-MUNCH. — *Kl. Woch.*, 1912, n° 2.
FOGES et HOFFSTÆTTER. — *Centr. Blatt. für Gyn.*, 1910, nos 31 et 46. *Wiener Kl. Woch.*, 1911, n° 27.

- FOURNIER. — *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1915.
- FRANCKL HOCHWART et FRÆLICH. — *Wiener Kl. Woch.*, 1909, n° 7. *Arch. für, exper. Path. und Pharm.*, 1910, vol. LXIII, p. 5.
- FREUND. — *Med. Kl. Berlin*, 1912, n° 6.
- FRIES. — *Münch. Med. Woch.*, 1912, n° 46.
- FUHNER. — *Münch. Med. Woch.*, 1912, n° 16.
- GARNIER et THAON. — *Journ. Phys. et Path. Gén.*, 1906.
- GENTER. — *Therap. Monatshefte*, 1912.
- GERMANUS ESPEUT. — *Münch. Med. Woch.*, 1913, n° 32.
- GÖBEL. — *Münch. Med. Woch.*, 23 juil. 1912.
- GOTTFRIED. — *Centralbl für Gyn.*, 1911, n° 14.
- GRUNBAUM. — *Münch. Med. Woch.*, 1912, n° 38.
- HÖBERLERLE. — *München. Med. Woch.*, 1912, n° 1.
- HAGER. — *Centralbl. f. Gyn.*, 1912, n° 10, p. 304.
- HALLION et CARRION. — *Soc. de Thérapeutique*, 1907.
- HAMM. — *Münch. Med. Woch.*, 1912, n° 2., *Semaine Médicale*, 19 juin 1911.
- HAUCH et MEYER. — *Hospitalstidende*, 1912, n° 14. *Arch. Mens. Obst. et Gyn.*, octobre 1912.
- HELL. — *Münch. Med. Woch.*, 1911, p. 265. *Semaine Méd.*, 3 janvier 1912.
- HERF et HELL. — *Münch. Med. Woch.*, 1912, n° 3.
- HERZ (Emmanuel). — *Centralblatt für Gyn.*, 1913, n° 48.
- HIRSCH. — *Münch. Med. Woch.*, 1912, n° 18.
- HOFBAUER. — *Centralblatt für Gyn.*, 1911, n° 4. *Münch. Med. Woch.*, 1911, n° 27. — 1912, nos 12 et 22. *Monatschrift für Geburtshilfe und Gyn.*, 1911.
- HOFSTETTER. — *Monatsch. f. Geburtshilfe und Gyn.* nov. 1910. — *Wiener Klin. Woch.* 1911, n° 49.
- HOUSSAY. — *Suite de travaux in « Revue de la Société des Sciences Médicales de l'Argentine »*, 1911.
- HOUSSAY. — *Suite de travaux in Revue de la Société des Sciences Médicales de l'Argentine*, 1911.
- IBANEZ-PUIGGARI. — *Thèse de Buenos-Ayres*, 1912.
- JÖGER. — *Münch. Med. Woch.*, 1912, n° 6.
- KAHN. — *Munch. Med. Woch.* 1912, n° 13.
- KEHRER. — *Medic. Klinische Berlin*, 1911, n° 35. *Münch. Med. Woch.*, 1911, n° 7.
- KLOTZ. — *Münch. Med. Woch.*, 1911, n° 21. — 1912, n° 38. *Arch. f. experim. Path. und Pharmacologie*, 1911.
- KOCH. — *Med. Klin. Berlin*, 1912, n° 25.
- KREISS. — *Centr. bl. für Gyn.*, 17 janv. 1914, n° 3.
- KRÖMER. — *Centr. bl. für Gyn.*, 1911, n° 39, *The Lancet*, 24 août 1912.

- LAUNOIS. — *Thèse présentée à l'Académie des Sciences Paris*, 1904.
- LENGE. — *D. Med. Woch.*, 1913, n° 38.
- LEQUEUX. — *Société d'Obst. et de Gyn.*, 8 juillet 1912. *Revue Médico-thérapeutique*, 1914.
- LOMER. — *Centralbl. f. Gyn.*, 1912, n° 12.
- MALINOVSKI. — *Centralbl. f. Gyn.*, 20 octobre 1912, n° 42.
- MARECK. — *Casopis le Kariw. us Kych.*, 1912, n° 12.
- MATTHAI. — *Centralbl. f. Gyn.*, 1912, n° 12.
- METZGER. — *Archives d'Obstétrique*, 1913. — *Paris Médical*, 1913.
- MORICHAU-BEAUCHANT. — *Archives Médico-Chir. de Province*, 1912, n° 6.
- NEU. — *Münch. Med. Woch.* 1911, n° 11., *Centralbl. f. Gyn.*, NAGY. — *Centralblatt. f. Gyn.*, 1912, n° 10.
- OLIVIER et SCHÖFFER. — *Journal of Physiologie*, 1895.
- PARISOT et SPIRE. — *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, Décembre 1911, *Revue Médicale de l'Est*, décembre 1911 et janvier 1912.
- PFEIFFER (J.). — *Centralbl. für Gyn.*, 13 juin 1911.
- PIERRO GALL. — *Centralbl. f. Gyn.*, 1913, n° 10.
- POULIOT et VAYSSIÈRES. — *Bull. d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, Juin 1912.
- RAFAEL DEGOLLADA Y CASTANS. — *Revista de Ciência Médica de Barcelona*. Mars 1913.
- RENON et DELILLE. — *Société de Thérapeutique*, 1907.
- RHENTER. — *Thèse de Lyon*, 1910.
- RICHTER. — *Wiener Klin. Woch.*, 1912, n° 38.
- RIECK. — *Münch. Med. Woch.*, 1912, *Sem. Méd.* 1912, n° 25,
- RÖEMER. — *Münch. Med. Woch.*, 1912, n° 38.
- ROSS. — *Centralbl. für Gyn.*, 1911, n° 34, *Annales de Gyn. et Obst.*, Septembre 1911, p. 557.
- SALVIOLI et CARRARO. — *Arch. pour la Scienc. Méd.*, 1907.
- SCHICKELE. — *Med. Klin. Berlin* 1912, n° 4. *Münch Med. Woch.*, 1912, n° 10.
- SCHÖFFER. — *Berlin Klin. Woch.*, 1912, n° 7. *Münch Med. Woch.*, 1912, n° 59.
- SCHIFFMANN. — *Semaine Médicale*, 1911, p. 532, *Wiener Klin. Woch.*, 1911, n° 43.
- SCHIRMER. — *Münch. Med. Woch.*, 1912, n° 7.
- SCHMIDT. — *Münch. Med. Woch.*, 1911, *Berlin Klin. Woch.*, 1911, n° 38, *Gynecologische Rundschau*, 1911, n° 15, *Ann. de Gyn. et Obst.*, Sept. 1911, p. 553.
- SCHNEIDER-SIEVERS. — *Centralbl. f. Gyn.*, 1912, n° 12, p. 368.
- SEITZ. — *Münch. Med. Woch.*, 1912, n° 1.

- SIASSNY. — *Gynecologische Rundschau*, 1911, p. 13.
- SIGURET. — *Société Obst. et Gyn. de Paris*, Juillet 1912, *Arch. Mens. Obst. et Gyn.* Décembre 1912.
- STERN. — *Centralbl. f. Gyn.*, 1911, n° 31, *Berlin. Klin. Woch.*, 1911, n° 32, *Annales de Gyn. et d'Obst.*, Septembre 1911.
- STUDENY. — *Wiener Klin. Woch.*, 1911, n° 51, *Münch. Med. Woch.*, 1912, n° 2.
- THAON. — *Thèse de Paris*, 1907.
- TOPFER. — *Centralbl. f. Gyn.*, 1912, n° 12.
- TURENNE. — *Annales Gyn. et Obst.*, Décembre 1913.
- VAYSSIÈRES. — *Thèse de Paris*. 1912.
- VOIGTS. — *Deutsch. Med. Woch.*, 1911, n° 49.
- VOGT. — *Semaine Méd.*, 3 janvier 1912, *Münch. Med. Woch.*, 1911, n° 51.
- VOLL. — *Münch. Med. Woch.*, 1912, n° 38.
- WEYMEERSCH. — *Journal Médic. de Bruxelles*, Avril 1912.
- WILLIAMS. — *Presse Médicale*, 11 juin 1910.
- ZINSSER. — *Berliner Klin. Woch.*, 1912, n° 7.
- ZUOLAGA. — *Clinic. Castellana. T. V.*, n° 5, Novembre 1912.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	9
CHAPITRE I. — Historique	13
CHAPITRE II. — Physiologie de la glande Pituitaire	16
CHAPITRE III. — L'hypophyse comme ocytocique	
PREMIÈRE PARTIE	
Pendant la période de dilatation	29
DEUXIÈME PARTIE	
Au cours de la période d'expulsion	89
TROISIÈME PARTIE	
Dans les autres circonstances de l'accouchement	102
CHAPITRE IV. — L'hypophyse dans le traitement de la rétention d'urine du post-partum	128
CHAPITRE V. — Inconvénients et dangers de la méthode	145
CHAPITRE VI. — Revue d'ensemble de la méthode	160
CONCLUSIONS	166
BIBLIOGRAPHIE	169
